

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Expérimentation de l'adaptation culturelle d'un programme de prévention des
dépendances pour des élèves innus du Québec

par

Julie-Christine Cotton

Thèse présentée à la Faculté d'éducation
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiæ Doctor (Ph. D.)
Programme de Doctorat en psychoéducation

Décembre 2016

© Julie-Christine Cotton, 2016

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Expérimentation de l'adaptation culturelle d'un programme de prévention des
dépendances pour des élèves innus du Québec

Julie-Christine Cotton

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

_____	Président du jury
Monsieur Jean-Pascal Lemelin	
_____	Directrice de recherche
Madame Myriam Laventure	
_____	Codirecteur de recherche
Monsieur Jacques Joly	
_____	Évaluateur interne
Monsieur Benoît Côté	
_____	Évaluateur externe
Monsieur Jean-Sébastien Fallu	
_____	Évaluatrice externe
Madame Christiane Guay	

Thèse acceptée le 29 septembre 2016.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	6
RÉSUMÉ DE LA THÈSE	7
REMERCIEMENTS	11
PREMIER CHAPITRE INTRODUCTION GÉNÉRALE	13
1. LES NATIONS AUTOCHTONES ET LES COMMUNAUTÉS INNUES DU QUÉBEC	14
2. LA CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES CHEZ LES JEUNES AUTOCHTONES.....	16
2.1 La consommation de psychotropes	16
2.2 La consommation chez les Autochtones et ses conséquences	19
2.3 L'initiation précoce aux psychotropes chez les Autochtones et ses conséquences.....	20
3. LA PRÉVENTION DES DÉPENDANCES CHEZ LES JEUNES AUTOCHTONES	21
3.1 Les approches privilégiées pour sélectionner un programme de prévention des dépendances.	22
3.2 Le programme de prévention <i>Système d</i>	24
4. L'ADAPTATION CULTURELLE DES PROGRAMMES.....	26
4.1 Les caractéristiques culturelles autochtones	26
4.2 L'adaptation culturelle des programmes de prévention.....	29
5. L'IMPLANTATION DE PROGRAMMES DE PRÉVENTION DES DÉPENDANCES	34
5.1 Modèle conceptuel pour l'évaluation de l'implantation d'un programme.....	35
6. QUESTIONS DE RECHERCHE.....	38
7. PRÉSENTATION DES ARTICLES	39
DEUXIÈME CHAPITRE FACTORS FACILITATING AND IMPEDING IMPLEMENTATION OF A PREVENTION PROGRAM IN AN INNU ELEMENTARY SCHOOL IN QUEBEC.....	41
ABSTRACT	41
INTRODUCTION.....	42
METHOD.....	45
Sample.....	45

Conduct of study	46
Qualitative data analysis.....	47

RESULTS 47

Implementing organization.....	47
Intervention protocol	49
Program implementers	50
Peer organizations/community partners.....	53
Ecological context	55
Target population.....	56

DISCUSSION	58
-------------------------	-----------

DECLARATIONS	63
---------------------------	-----------

REFERENCES	64
-------------------------	-----------

TROISIÈME CHAPITRE ADAPTATION CULTURELLE D'UN PROGRAMME DE PRÉVENTION UNIVERSEL DES DÉPENDANCES POUR LES ENFANTS AUTOCHTONES INNUS..... 69

RÉSUMÉ.....	69
--------------------	-----------

ABSTRACT	70
-----------------------	-----------

INTRODUCTION.....	71
Objectifs de l'étude.....	79

MÉTHODOLOGIE	79
Échantillon	80
Déroulement de l'étude et collecte de données.....	81
Analyse des données qualitatives	83
Analyse des données quantitatives.....	83

RÉSULTATS.....	84
Constats généraux et adaptations réalisées	85
Durée des ateliers	85
Contenu des ateliers	85
Animation des ateliers	86
Adaptations spécifiques aux ateliers - exemple de l'atelier 2	88
Adaptations spécifiques aux ateliers - exemple de l'atelier 4	91
Adaptations du volet parent.....	93
Adaptations du PRA	94
Adhérence au programme	96
Adhérence à la version initiale du programme Système d.....	96
Adhérence à la version adaptée en profondeur du programme Système d.....	97

DISCUSSION	98
Forces et limites de l'étude.....	105

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	107
--	------------

QUATRIÈME CHAPITRE DISCUSSION GÉNÉRALE.....	112
1. LES FACTEURS AYANT FACILITÉ ET ENTRAVÉ L'IMPLANTATION	114
2. L'ADAPTATION CULTURELLE DU PROGRAMME	119
3. L'ADHÉRENCE AU CONTENU DU PROGRAMME.....	120
4. CONSTATS GÉNÉRAUX DE LA THÈSE	122
5. LIMITES DE LA THÈSE	125
6. RETOMBÉES POUR LES PSYCHOÉDUCATEURS.....	127
7. RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION.....	129
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	132
ANNEXE A CARTE DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC.....	149
ANNEXE B LES DEUX VOLETS DU PROGRAMME DE PRÉVENTION SYSTÈME D	150
ANNEXE C LE MODÈLE EN NEUF ÉTAPES DE KUMPFER ET AL. (2008)	152
ANNEXE D LE MODÈLE D'ACTION DE CHEN (2015)	154
ANNEXE E DIRECTIVES DE PUBLICATION ET PREUVE DE SOUSSION À LA REVUE THE CANADIAN JOURNAL OF NATIVE STUDIES.....	156
ANNEXE F DIRECTIVES DE PUBLICATION ET CONFIRMATION DE SOUSSION À LA REVUE DROGUES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ.....	159
ANNEXE G ATTESTATION DE CONFORMITÉ ÉTHIQUE	165

LISTE DES TABLEAUX

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Figure 1	Modèle conceptuel de la théorie de programme (Chen, 2015)	37
----------	---	----

TROISIÈME CHAPITRE

Figure 1	Étapes concernées par l'étude.....	75
Tableau 1	Adaptations effectuées au programme <i>Système d</i>	84
Tableau 2	Adaptation de l'atelier 2.....	90
Tableau 3	Adaptation de l'atelier 4.....	92
Figure 2	Fidélité d'implantation des versions initiale et adaptée en profondeur du programme <i>Système d</i>	96

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Chaque année, de nombreux programmes de prévention des dépendances sont implantés dans les écoles québécoises. L'efficacité de ces programmes peut être minée par différents facteurs, dont le manque d'adaptation du programme aux caractéristiques de la population ciblée (Grover, 2010; Grover, Cram et Bowman, 2007; McKennitt, 2007) et les problèmes d'implantation (Janosz, 2010; Joly, Tourigny et Thibaudeau, 2005). Ainsi, un programme probant pourrait s'avérer peu efficace s'il est mal adapté ou mal implanté (Botvin, Baker, Dusenbury, Tortu et Botvin, 1990; Chen, 2015; Dumas, Lynch, Laughlin, Smith et Prinz, 2001; Dusenbury, Brannigan, Falco et Hansen, 2003; Janosz, 2010; Rohrbach, Graham et Hansen, 1993; Rossi, Lipsey et Freeman, 2004) ou encore créer des effets iatrogènes chez la population ciblée (Botvin et Griffin, 2007; Craplet, 2006; Sohn, 2000; Werch et Owen, 2002).

Au Québec, si l'étude de l'adaptation et de l'implantation des programmes de prévention en milieu scolaire apparaît limitée pour la population générale (Janosz, 2010; Roberge, Choinière et Laverdure, 2009), elle semble absente chez la population autochtone. Or, dans certaines communautés autochtones québécoises, des taux élevés de consommation de psychotropes sont rapportés, sans compter que l'initiation à l'alcool et aux drogues survient à un âge précoce (Cotton et Laventure, 2013; Pronovost, Plourde, Alain, Eveno et Laperrière, 2009). Les particularités culturelles et la dispersion géographique de certaines communautés d'une même Nation peuvent complexifier l'implantation des programmes (Dell et al., 2012; Grover, 2010; Grover et al., 2007; McKennitt, 2007; Whitbeck, Walls et Welch, 2012). Pour offrir des programmes de prévention qui répondent aux besoins des jeunes autochtones, leur adaptation et l'évaluation de leur implantation apparaissent alors essentielles (Kumpfer, Pinyuchon, de Melo et Henry, 2008; McKleroy et al., 2006; Ringwalt et Bliss, 2006; Wingood et DiClemente, 2008).

Cette thèse par articles a pour but d'expérimenter l'adaptation culturelle d'un programme de prévention. À cette fin, le premier article vise à identifier les facteurs facilitant ou entravant l'implantation initiale d'un programme de prévention des dépendances (*Système d*) chez les élèves innus du Québec d'âge scolaire primaire. Le second article vise à illustrer le processus d'adaptation de ce même programme, puis à vérifier la fidélité de son implantation en ce qui a trait à l'adhérence au contenu.

Cette thèse comporte un devis de recherche mixte incorporé. Dans le volet qualitatif, différents répondants ont été rencontrés afin de documenter leur satisfaction et d'identifier les facteurs ayant facilité et entravé l'implantation: les animateurs du programme (n=6), les intervenants scolaires (n=2), les enseignants (n=2), la direction de l'école (n=1) et les parents des élèves ayant participé à la version initiale du programme (n=9). Dans le volet quantitatif, des journaux de bord ont permis de compléter l'identification des facteurs, en plus de mesurer l'adhérence au contenu de la version initiale du programme puis de sa version adaptée.

Les résultats obtenus ont permis d'identifier différents facteurs entravant l'implantation du programme (manque de disponibilité des membres du personnel scolaire, complexité de certains concepts). D'autres facteurs ont toutefois facilité l'implantation du programme (adaptation en cours d'animation, capacité de résolution de problèmes des animateurs et des enseignants). Si certains de ces facteurs (formation au programme, aptitudes des personnes qui implantent) sont également observés en milieu scolaire non autochtone, d'autres facteurs (implication de membres du Conseil de bande, barrières de la langue et de la culture) apparaissent plus spécifiques au contexte communautaire autochtone. L'identification de ces facteurs, bien qu'elle ne concerne qu'une communauté autochtone, pourrait être transposée à d'autres communautés afin d'optimiser l'implantation et l'adaptation des programmes de prévention dans leurs écoles. Les principales adaptations apportées au programme *Système d* concernent la restructuration du protocole d'intervention (réduction de la durée des ateliers, ajout d'un cinquième atelier ainsi que d'un volet

communautaire), la diversification des méthodes pédagogiques utilisées et l'intégration de références culturelles autochtones dans le contenu du programme. Il semble toutefois que l'adaptation du programme, bien que nécessaire pour correspondre à la réalité des élèves innus, se soit avérée insuffisante pour augmenter l'adhérence à son contenu.

L'ensemble des résultats obtenus dans cette thèse permet de sensibiliser les différents praticiens des milieux scolaires autochtones, dont les psychoéducateurs, sur l'importance de sélectionner, implanter et adapter avec soin des programmes afin de prévenir adéquatement les dépendances auprès des jeunes autochtones.

**Aux enfants innus
et à Lianne.**

*«Chaque endroit est le centre
du monde»*

– Black Elk (Wapiti noir)
Chef spirituel des Sioux
Oglala, 1863-1950

REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à remercier ma directrice de thèse, Mme Myriam Laventure, professeure au Département de psychoéducation, qui a su m'accompagner avec confiance dans chacune des étapes de ma recherche doctorale. Sa guidance et ses judicieux conseils m'ont aidés à mener à terme un tel projet. Je remercie également mon codirecteur de thèse, M. Jacques Joly, professeur au Département de psychoéducation, pour sa contribution à la démarche de ma recherche. Je lui exprime ma gratitude pour sa rigueur et son optimisme. Par leurs expériences et leurs expertises respectives, Mme Laventure et M. Joly ont été des repères importants à différents moments de mon parcours doctoral.

Je souhaite également exprimer ma reconnaissance envers M. Benoît Côté, professeur au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke ainsi qu'à Mme Christiane Guay, professeure à l'Université du Québec en Outaouais, qui ont gentiment accepté d'évaluer cette thèse et contribué à son amélioration. J'adresse un remerciement tout particulier à M. Jean-Sébastien Fallu, professeur à l'Université de Montréal, qui s'est impliqué depuis les débuts du projet doctoral. Ses conseils ont été salutaires à plusieurs reprises.

Merci également aux professeurs M. Bruno Sioui de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Mme Sarah Fraser de l'Université de Montréal et Mme Colleen Dell de *University of Saskatchewan*, pour leur générosité dans le partage de leurs savoirs relativement aux peuples autochtones.

De plus, je remercie du fond du cœur tous les membres des milieux scolaires et communautaires innus ayant contribué de près ou de loin à l'implantation et à l'adaptation du programme de prévention concerné par cette thèse. Un merci tout particulier aux enfants innus et à leurs parents pour leur ouverture et leur confiance face à cette recherche. Sans oublier les douze étudiants au baccalauréat et à la

maîtrise en psychoéducation de l'Université de Sherbrooke qui ont accepté de relever le défi d'implanter un programme de prévention en milieu scolaire autochtone, avec enthousiasme et persévérance.

Merci à mes amis ainsi qu'à ma famille pour leurs encouragements et leur compréhension tout au long de mon parcours de recherche doctorale. Sans l'ombre d'un doute, mon expérience n'aurait pas été la même sans vous.

Enfin, cette thèse a été rendue possible grâce à une bourse de doctorat en recherche des *Fonds de recherche du Québec Société et Culture*. De plus, le soutien financier du *RISQ – Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec* ainsi que du *Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones DIALOG* a, entre autres, permis de déployer différentes collectes de données et activités de mobilisation des connaissances au sein des communautés innues. Le potentiel de cette thèse a sans aucun doute été maximisé grâce au soutien de ces organismes, en facilitant la collaboration avec les différents acteurs concernés.

PREMIER CHAPITRE

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Ce chapitre introductif situe brièvement les questions de recherche qui ont été à l'origine des deux articles composant cette thèse. Les éléments de problématique présentés dans ce premier chapitre seront repris et développés dans chacun des articles. Mentionnons qu'en raison de la forme même des thèses par articles, il n'est pas toujours possible d'éviter des redondances ou des redites d'un chapitre à l'autre. Les deux articles étant conçus pour être lus de manière indépendante, les lecteurs reliront donc parfois les mêmes informations, notamment lors de la présentation des problématiques. Nous nous en excusons d'avance auprès d'eux.

Ce premier chapitre a pour but de démontrer la pertinence d'étudier l'adaptation culturelle d'un programme de prévention des dépendances en milieu scolaire autochtone. Dans l'ordre, nous présenterons: i) la population faisant l'objet de cette thèse, à savoir les Autochtones du Québec, plus précisément ceux de la Nation Innue, ii) la problématique que vit cette population à l'égard de la consommation de psychotropes et ses conséquences, iii) les approches privilégiées pour sélectionner un programme de prévention des dépendances pour les jeunes Autochtones, iv) les défis relatifs à l'implantation des programmes de prévention des dépendances en milieu autochtone et v) les concepts théoriques liés à l'adaptation culturelle ainsi qu'à l'implantation des programmes de prévention. Cette section est suivie de l'objectif général de la thèse ainsi que des questions de recherche ayant orienté la conception et la réalisation de chacun des deux articles. Le chapitre se termine par la présentation de ces deux articles.

1. LES NATIONS AUTOCHTONES ET LES COMMUNAUTÉS INNUES DU QUÉBEC

Au Québec, les Autochtones se répartissent en 11 Nations distinctes. Une carte géographique exposant la répartition de ces Premières Nations¹ est disponible en annexe A. Selon les données les plus récentes du Secrétariat aux affaires autochtones du Gouvernement du Québec, en 2012, près de 68,3 % de l'ensemble des Premières Nations du Québec habitent dans des communautés (59 471 Autochtones), ce qui représente 0,74 % de la population québécoise². Selon la même source, les Innus, peuple autochtone dont il est question dans la présente étude, constituent la deuxième nation la plus peuplée au Québec, avec un total de 18 820 individus. De ce nombre, on recense 12 152 Innus qui habitent parmi dix communautés du Québec, réparties dans les régions de la Côte-Nord, de la Basse-Côte-Nord et du Lac Saint-Jean. En 2012, ces communautés comptaient respectivement entre 198 et 3 258 habitants. L'innu est la langue maternelle pour plusieurs des communautés, la langue seconde étant principalement le français. Plusieurs autochtones s'expriment à la fois en innu, en français et parfois en anglais et communiquent en alternant ces différents codes linguistiques (Drapeau, 2011). Certaines communautés sont situées dans des milieux un peu plus urbains (Mashteuiatsh, Uashat, Maliotenam, Essipit, Betsiamites, Ekuanitshit et Nutashkuan), alors que d'autres se trouvent dans des milieux ruraux, accessibles seulement par bateau, train ou avion (Unamen Shipu, Pakua Shipu et Matimekush).

Traditionnellement, les Innus vivaient de façon nomade comme chasseurs-cueilleurs (Musée virtuel Nametau innu - Mémoire et connaissance du Nitassinan³). En effet, ces derniers se rassemblaient l'été sur les rives des principaux cours d'eau, dont le lac Saint-Jean et le fleuve Saint-Laurent, pour célébrer différents événements,

¹ Carte téléaccessible sur le *Site du Secrétariat aux affaires autochtones du Québec* à l'adresse <<http://www.saa.gouv.qc.ca/nations/cartes/carte-8x11.pdf>>. Consulté le 18 février 2016.

² Données téléaccessibles sur le *Site du Secrétariat aux affaires autochtones du Québec* à l'adresse <<http://www.autochtones.gouv.qc.ca/nations/population.htm>>. Consulté le 18 février 2016.

³ Données téléaccessibles sur le *Site du musée virtuel Nametau innu - Mémoire et connaissance du Nitassinan* <[Site http://www.nametauinnu.ca/fr/accueil](http://www.nametauinnu.ca/fr/accueil)>. Consulté le 18 septembre 2016.

échanger entre communautés et discuter de politique. À l'automne, ils regagnaient l'intérieur des terres en bandes familiales, à pied ou en canot, pour chasser et trapper les animaux à fourrure. Ces déplacements planifiés et saisonniers propres aux Innus, semblent avoir servi de justification à l'État pour saisir les terres innues, celles-ci ne faisant l'objet d'aucun titre de propriété (Commission de vérité et réconciliation du Canada, CVR, 2015). Ainsi, les Innus ont été forcés de se fixer sur des réserves en raison de la Loi sur les Indiens (CVR, 2015), ce qui a considérablement transformé leur mode de vie, passant de nomade à sédentaire. Les différentes mesures d'assimilation mises en place par l'État afin de coloniser les Autochtones, telles que la fréquentation forcée des pensionnats, ont considérablement affecté les différentes Nations autochtones du Canada, dont les Innus. Aujourd'hui, plusieurs études indiquent que l'ensemble de ces mesures limitatives, voire coercitives, sont associées à différents problèmes psychosociaux, dont la consommation problématique de psychotropes (CVR, 2015).

Loin d'être présentes uniquement chez les adultes autochtones, ces difficultés sont également observées chez les jeunes de ces populations. En effet, il a été démontré que les jeunes innus vivent des problématiques, incluant la consommation de psychotropes (Cotton, 2009; Cotton et Laventure, 2013; Institut Culturel et Éducatif Montagnais, ICEM, 2004), pouvant affecter leur cheminement académique et leur persévérance scolaire. Dans ce contexte, le retard et l'abandon scolaire s'avèrent préoccupants pour une grande partie de jeunes autochtones québécois, dont les Innus (Larose, Bourque, Terrisse et Kurtness, 2001; Pronovost et al., 2009). À titre d'exemple, au cours de l'année 2012-2013, les statistiques provenant de huit écoles de la Côte-Nord et de la Basse-Côte-Nord démontrent que 6 % des enfants d'âge scolaire primaire auraient besoin d'un cheminement en classe spéciale, cette proportion allant jusqu'à 42% chez les jeunes du secondaire⁴. Dans ce même rapport, les finissants potentiels au secondaire V estimés pour l'année scolaire 2012-2013 sont

⁴ Données fournies grâce au document «Clientèle étudiante des écoles innues, membres de Tshakapesh 2012-2013», téléaccessible à l'adresse <http://www.tshakapesh.mapdesign.ca/CLIENTS/1-tshakapesh/docs/upload/sys_docs/Portrait_des_ecoles_innues_20122013.pdf> Consulté le 12 décembre 2013.

peu nombreux, soit 40 élèves. Chez les élèves autochtones québécois, on rapporte des taux d'échec et d'abandon scolaires (non-diplomation) supérieurs à la moyenne québécoise pour la population générale (Ministère de l'Éducation du Québec, 1998; Statistique Canada, 2011). La pertinence de déployer des actions préventives adaptées aux besoins des jeunes autochtones prend alors tout son sens, notamment dans le domaine des dépendances. La section qui suit présente le portrait général de la consommation de psychotropes chez les jeunes autochtones, en termes de prévalence, de précocité de l'initiation et des conséquences associées à cette consommation.

2. LA CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES CHEZ LES JEUNES AUTOCHTONES

2.1 La consommation de psychotropes

Un psychotrope est une substance agissant sur le psychisme d'un individu, par la modification de son fonctionnement mental, pouvant altérer ses perceptions, son humeur, sa conscience, son comportement et ses fonctions psychologiques (Ben Amar et Léonard, 2002). Ainsi, il agirait «principalement sur l'état du système nerveux central (...) sans préjuger de sa capacité à induire des phénomènes de dépendance, ni de son éventuelle toxicité» (Richard, Senon et Valleur, 2004). Dans cette thèse, le terme « psychotrope » est utilisé pour désigner la cigarette, l'alcool, le cannabis, les solvants et les autres drogues (*speed*, hallucinogènes, cocaïne). Lorsque possible et nécessaire, les psychotropes sont différenciés entre eux.

Santé Canada (2000) fait une distinction entre l'usage, l'abus et la dépendance aux psychotropes. Ainsi, l'usage ferait simplement référence au fait de consommer un psychotrope, et ce, peu importe la fréquence ou la quantité consommée. Sur un continuum de gravité, l'on pourrait alors qualifier cet usage d'occasionnel, de

fréquent, d'excessif ou d'abusif. Pour leur part, l'abus et la dépendance sont définis comme étant des modes de consommation plus problématiques (Santé Canada, 2000).

Pour bien définir la consommation problématique, il importe de distinguer les termes usage récréatif, abus et dépendance, souvent employés dans la littérature. Pour certains auteurs, l'usage récréatif d'un psychotrope est défini par l'usage d'un psychotrope lorsqu'il est socialement acceptable de le faire et que celui-ci est facilement disponible (Comité permanent de lutte contre la toxicomanie, CPLT, 2002). L'usage récréatif est également caractérisé par le fait que l'utilisateur ne cherche pas à créer des situations propices à la consommation. Ce type d'usage n'entraînerait généralement pas de conséquence (Brisson, 2010; CPLT, 2002). Ainsi, les individus faisant usage de psychotropes ne développent pas tous une consommation problématique (Brisson, 2010; Kaminer et Tarter, 2004).

Pour sa part, l'abus d'un psychotrope réfère principalement à son usage excessif ou inapproprié (Ben Amar et Léonard, 2002), que ce soit par sa quantité, sa fréquence ou la durée de sa consommation, engendrant des conséquences indésirables et une souffrance significative chez le consommateur ou les gens de son entourage (American Psychiatric Association, APA, 2005; Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, CCLAT, 2013; Mishara et Legault, 2000; Paglia et Room, 1999; Zoccolillo et al., 1999).

Enfin, la dépendance à un psychotrope se définit par l'impossibilité de résister au besoin de consommer, l'accroissement de la tension interne avant de consommer, le soulagement ressenti lors de la consommation, ainsi que le sentiment de perte de contrôle par rapport à celle-ci (CPLT, 2002; Le Moigne, 2008). Une dépendance aux psychotropes peut s'installer progressivement au fil des consommations ou encore se produire dans un laps de temps beaucoup plus court. La caractéristique essentielle de la dépendance relève du fait que le sujet continue à faire usage d'un psychotrope malgré les problèmes significatifs liés à cette consommation (APA, 2005). Ainsi, ce

profil de consommation peut être associé à une grande détresse physique et psychologique (CCLT, 2002; Le Moigne, 2008).

Parmi les comportements indicateurs d'une consommation problématique, on retrouve l'utilisation excessive de psychotropes, l'usage de longue durée, l'utilisation motivée par des raisons négatives, la prise de plusieurs psychotropes, la consommation de drogues dures (héroïne, cocaïne) ou la poursuite de la consommation malgré les conséquences négatives causées ou exacerbées par celles-ci (Landry, Guyon, Bergeron et Provost, 2002; Laventure, Déry et Pauzé, 2008; Zoccolillo, Vitaro et Tremblay, 1999). À titre d'exemple, la consommation sera jugée d'autant plus grave ou problématique qu'elle est hebdomadaire ou abusive (Kaminer et Bukstein, 1998; Zapert, Snow et Kraemer Tebes, 2002), qu'il s'agisse de substances hallucinogènes ou de drogues considérées comme dures (hallucinogènes, solvants, cocaïne) (Bentler, Newcomb et Zimmermann, 2002; Zapert et al., 2002), qu'elle ait débuté avant l'âge de 11 ans et qu'elle soit devenue hebdomadaire avant l'âge de 14 ans (Clark, Cornelius, Kirisci et Tarter, 2005; Sung et al., 2004; Weinberg, Rahdert, Collier et Glantz, 1998), que les raisons de consommer soient liées à des problèmes personnels (APA, 2005; Segal et Stewart, 1996) et, enfin, que des conséquences négatives résultent de la consommation de psychotropes (APA, 2005; Zoccolillo et al., 1999). Pour caractériser la consommation, il est donc nécessaire de considérer plusieurs de ces indicateurs, sinon l'ensemble (APA, 2005; Landry et al., 2002; Laventure et al., 2008; Vitaro, Carbonneau, Gosselin, Tremblay et Zoccolillo, 2000; Vitaro et Tremblay, 1999). Or, toute consommation associée à des conséquences chez les consommateurs, quelle que soit sa nature et son intensité, pourrait constituer une consommation problématique (Landry et al., 2004; Laventure et al., 2008; Zoccolillo et al., 1999).

2.2 La consommation chez les Autochtones et ses conséquences

La consommation de psychotropes est préoccupante chez les Autochtones du Québec (Commission de la Santé et des Services Sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, CSSSPNQL, 2011). En effet, les adolescents autochtones seraient de deux à six fois plus susceptibles d'éprouver des problèmes de consommation d'alcool que leurs pairs non autochtone (Organisation Nationale de la Santé Autochtone, ONSA, 2005). Un sondage réalisé auprès de 484 élèves (49,9% de filles) de la 5e année du primaire au 5e secondaire (ICEM, 2004) en provenance de six communautés innues du Québec démontre que, parmi les jeunes innus de 1er secondaire, 64,4% affirment avoir déjà consommé au moins un des psychotropes à l'étude⁵. Cette proportion augmente à 78,7% en 2e secondaire, à 88,5% en 3e secondaire et à 95% en 4e secondaire. Chez les initiés au cannabis de 4e secondaire, 100% de l'échantillon affirmaient avoir consommé ce psychotrope au cours du mois ayant précédé l'enquête (ICEM, 2004).

Chez les jeunes autochtones, la consommation de psychotropes peut être associée à des conséquences négatives. L'étude de Pronovost et al. (2009), réalisée auprès de jeunes atikamekw de 12 à 19 ans, indique que les jeunes qui consomment des psychotropes auraient plus de difficulté à se projeter dans l'avenir et vivraient plus de défis sur le plan scolaire que les jeunes n'ayant pas de problème de consommation. Moins disposés aux apprentissages, ces jeunes éprouveraient davantage de difficultés académiques et de démotivation scolaire que les non consommateurs (Pronovost et al., 2009), en plus de présenter un plus haut taux d'absentéisme et de décrochage scolaire (Pronovost et al., 2009). La consommation de psychotropes comporte son lot de conséquences chez les jeunes autochtones, notamment lorsqu'elle a lieu en bas âge.

⁵ Les psychotropes concernés sont le cannabis, la cocaïne, le crack, les drogues chimiques, les médicaments et la colle.

2.3 L'initiation précoce aux psychotropes chez les Autochtones et ses conséquences

Peu importe l'appartenance culturelle, l'initiation à un psychotrope est qualifiée de précoce lorsqu'elle survient avant l'âge de 12 ans (Adlaf et al., 1999). Si à l'adolescence la consommation exploratoire ou occasionnelle d'alcool ou de drogues douces est moins risquée qu'une consommation régulière ou abusive (Kaminer et Tarter, 2004; Kaplow et al., 2002), chez les jeunes d'âge scolaire primaire, un simple usage peut s'avérer inquiétant pour leur développement (MacNeil et Webster, 1997). À cet âge, cette expérimentation devient une expérience marginale (Adlaf et al., 1999; Kaplow et al., 2002) qui augmente singulièrement le risque de développer des problèmes de consommation à l'adolescence et à l'âge adulte (Kuperman et al., 2005; Lambert, 2005; Sung, Erkanli, Angold et Costello, 2004).

Les jeunes autochtones sont particulièrement à risque de s'initier précocement aux psychotropes (Cotton et Laventure, 2013; ONSA, 2005; ICEM, 2004; Pronovost et al., 2009). La consommation de psychotropes débute, pour certains Autochtones, avant la puberté. Une étude réalisée auprès de 161 enfants (74 filles) âgés, en moyenne, de 10,7 ans (é.t. 1,1), habitant dans huit communautés innues du Québec, a permis de dresser le portrait de leur consommation (Cotton, 2009; Cotton et Laventure, 2013). Chez les enfants innus, l'initiation aux psychotropes se produit en moyenne à 8,8 ans pour la cigarette, 9,6 ans pour l'alcool et 9,6 ans pour le cannabis (Cotton et Laventure, 2013). En guise de comparaison, une étude similaire a été effectuée auprès de 481 enfants québécois de la population générale (277 filles, âge moyen de 11,08 ans, é.t. 0,7) (Laventure et Boisvert, 2009). Les résultats démontrent que chez les enfants de la population générale, l'initiation aux différents psychotropes se produit généralement plus tard, soit à 9,73 ans pour la cigarette, 9,58 ans pour l'alcool et à 10,75 ans pour le cannabis. Plus précisément, chez les enfants innus de 9 à 12 ans, 71,2% affirment avoir déjà consommé au moins un des psychotropes à l'étude (tabac, alcool, cannabis, solvants, autres drogues): 66,5 % ont déjà fumé la cigarette, 47,1% ont bu de l'alcool et 38,6 % ont fumé du cannabis (Cotton et

Laventure, 2013). Ainsi, comparativement à 5% des enfants québécois présentant un profil de consommation dit à risque (Laventure et Boisvert, 2009), chez les enfants innus, à critères égaux, c'est 31,2% d'entre eux qui présentent un tel profil de consommation. En outre, selon une l'étude menée par l'ICEM (2004) parmi les élèves innus de la 5e année du primaire, 19,4% affirment s'être initiés à au moins un des psychotropes à l'étude⁶ alors qu'en 6e année, cette proportion augmente à 43,9%. Parmi ces jeunes consommateurs, 86,4% des enfants de la 5e année du primaire et 90,9% de la 6e année affirmaient avoir consommé du cannabis au cours du mois ayant précédé l'enquête. Ces données sont importantes à considérer, puisque la consommation précoce serait un indicateur fiable de la gravité, de l'intensité et de la durée de la consommation ultérieure (Catalano, Oxford et Harachi, 1999; Vitaro et Carbonneau, 2000).

3. LA PRÉVENTION DES DÉPENDANCES CHEZ LES JEUNES AUTOCHTONES

À la lumière des prévalences de consommation de psychotropes chez les jeunes autochtones, de la précocité de leur initiation, ainsi que des conséquences qui y sont associées, il apparaît important de mettre en place des mesures afin de prévenir la consommation chez cette population. L'implantation de telles mesures préventives, sous la forme d'un programme animé en classe, est reconnue pour être une méthode efficace, et ce, dès l'école primaire (CCLAT, 2010; Hopfer, Shin, Davis, Elek, Kam et Hecht, 2010). Ces programmes devraient viser le développement des capacités telles que la résistance à la pression des pairs, en utilisant des sujets autres que celui des drogues, afin de prévenir les effets iatrogènes (Petrie, Bunn et Byrne, 2007).

Dans les sections qui suivent, la sélection d'un programme de prévention en dépendance relativement aux approches reconnues dans la littérature et aux

⁶ Les psychotropes concernés par l'étude, sont la cigarette, l'alcool, le cannabis, les hallucinogènes et les autres drogues.

particularités du contexte autochtone, sera discutée. Le programme de prévention sélectionné dans le cadre de cette thèse sera ensuite présenté.

3.1 Les approches privilégiées pour sélectionner un programme de prévention des dépendances

Par définition, un programme est un « ensemble organisé, cohérent et intégré d'activités et de services réalisés simultanément ou successivement, avec les ressources nécessaires, dans le but d'atteindre des objectifs déterminés, en rapport avec des problèmes (...) précis et ce, pour une population définie » (Pineault et Daveluy, 1986, p. 333).

Chaque année, de nombreux programmes de prévention sont implantés dans les écoles québécoises de la population générale afin de contrer différentes problématiques, dont les dépendances aux psychotropes chez les jeunes (Janosz, 2010; Vitaro et Carbonneau, 2000). Les programmes de prévention des dépendances en milieu scolaire se doivent de rencontrer des standards relatifs aux pratiques basées sur les données probantes de la littérature (Cook et Cook, 2011). Certains critères scientifiques peuvent faciliter l'identification des programmes de prévention probants (Chorpita et al., 2011; Cook et Cook, 2011). Différentes recommandations sont également formulées en ce qui a trait au contenu, à la nature et à la structure des programmes visant spécifiquement à prévenir les dépendances (Centre national de prévention du crime, CNPC, 2009; CCLAT, 2010*a*, 2010*b*, 2011; CPLT, 1996; Cuijpers, 2002; Dusenbury et al., 2003; Gagnon, April et Tessier, 2012; Laventure et al., 2010; Fraser et Vitaro, 1995).

En ce qui concerne le contenu des programmes de prévention, afin que le message préventif véhiculé par le programme atteigne la population ciblée, il est recommandé que son contenu soit adapté à la culture et à l'âge des participants (Botvin et Griffin, 2007; Bond et Hauf, 2007; Hawks, Scott, McBride, Jones et Stockwell, 2002; Gouvernement du Québec, 2006). Il est également recommandé que

les programmes de prévention visent le développement de compétences personnelles et sociales chez les jeunes, telles que la résolution de problèmes, la prise de décision, la communication et l'affirmation de soi (Botvin et Griffin, 2007; Hawks et al, 2002; Santé Canada, 2001; Springer, Sale, Kasim, Winter, Sambrano et Chipungu, 2004). Or, ces programmes seraient encore plus efficaces lorsque le développement de ces compétences est combiné à un volet familial impliquant des éléments tels que la communication et la discipline (Vitaro, Normand et Charlebois, 1999).

Ainsi, parmi les recommandations concernant la nature des programmes de prévention, il est recommandé d'utiliser ceux de type bimodal ou multimodal (impliquant plus d'un acteur/milieu) (Gagnon et al., 2012; Laventure et al., 2010). Il semble effectivement que les programmes qui élargissent leur champ d'intervention à d'autres systèmes (parents, famille, pairs, école ou communauté) s'avèrent plus efficaces (Cuijpers, 2002; Springer, Sale, Hermann, Sambrano, Kasim et Nistler, 2004; Vitaro et al., 1999) que les programmes unimodaux, ciblant uniquement le jeune, le parent ou les pairs (Dryfoos, 1990). Les programmes impliquant des méthodes pédagogiques interactives seraient également plus profitables (Botvin et Griffin, 2007; CCLAT, 2010a; Springer et al, 2004; Tobler, Roons, Ochshorn, Marshall, Streke et Stackpole, 2000).

En ce qui a trait à la structure des programmes de prévention, ces derniers devraient idéalement offrir une intensité et un dosage suffisants des activités, afin de favoriser le changement durable des comportements et des habitudes de vie (Gagnon et al., 2012; Laventure et al., 2010; Santé Canada, 2001). Pour une meilleure intégration du message à transmettre, ils devraient comporter des sessions de rappel (Dryfoos, 1990; Hawks et al., 2002; Skiba, Monroe et Wodarski, 2004; Santé Canada, 2001). Pour assurer la viabilité de ces programmes, il importe également qu'ils soient bien intégrés au milieu d'implantation ainsi qu'à la mission de celui-ci (Bond et Hauf, 2007; CCLAT, 2010a, 2010b). Enfin, selon la problématique visée, ces programmes

devraient être déployés à un moment opportun du stade de développement des jeunes, comme lors de la transition entre le primaire et le secondaire (Gagnon et al., 2012).

Selon Barrera et Castro (2006), deux stratégies peuvent être utilisées pour sélectionner un programme selon la problématique visée chez la population cible. La première stratégie consiste à choisir celui étant reconnu comme le plus probant. La seconde stratégie suggère quant à elle de choisir le programme en fonction de la faisabilité de son implantation dans le milieu donné (ressources humaines et financières). Cette seconde option suggère tout de même de tenir compte de la qualité du programme (probant ou prometteur), mais insiste davantage sur la faisabilité de son implantation. Puisque les milieux autochtones comportent leur lot de défis en terme d'implantation (Chino et DeBruyn, 2006; Dell et al., 2012; Grover, 2010; Grover et al., 2007; McKennitt, 2007; Whitbeck et al., 2012; Moodie, 2010), c'est selon cette deuxième stratégie que le programme *Système d* (Forgues, Godin, Paquin, Paradis et Poulin, 2007) a été sélectionné.

3.2 Le programme de prévention *Système d*

Le programme de prévention *Système d* a été développé par la Direction de santé publique des agences de la santé et des services sociaux de la Montérégie, de Laval et de l'Outaouais (Forgues et al., 2007). Il vise à diminuer les problèmes de comportement chez les enfants, dont les dépendances et les jeux de hasard et d'argent. Ce programme de prévention s'adresse aux élèves de 6e année du primaire en transition du primaire vers le secondaire. En plus de promouvoir de saines habitudes de vie, les quatre ateliers du programme, animés en groupe-classe, visent le développement de compétences personnelles et sociales, telles que l'affirmation de soi, la résistance aux pressions, la gestion du stress et la résolution de problème. *Système d* permet de répondre aux questions des jeunes en fonction de leur stade développemental et de leurs préoccupations, sans toutefois aller au-delà de leur

besoin d'information. Il a également pour objectif de sensibiliser les parents à l'égard de leurs pratiques parentales.

Les personnes désignées pour l'animation des ateliers auprès des groupes-classe sont les enseignants attirés à ces classes ainsi qu'un intervenant social. En plus des ateliers, un projet de réinvestissement des apprentissages (PRA) est développé avec les élèves tout au long de l'implantation de *Système d*. Le PRA permet aux jeunes d'approfondir et de généraliser leurs acquis relativement au contenu abordé dans les ateliers, par l'entremise d'une création collective ou individuelle. Les parents et les membres du personnel scolaire sont conviés à la présentation des PRA à la fin du programme. Le volet enfant et le volet parent sont décrits plus précisément à l'annexe B.

La considération des recommandations identifiées dans la section précédente justifie le choix du programme *Système d*. Tout d'abord, *Système d* a été sélectionné puisqu'il repose sur un cadre théorique et des critères reconnus (Gagnon et al., 2012; Laventure *et al.*, 2010). Son implantation est facile et nécessite peu de ressources financières (Forgues et al., 2007). De plus, le programme implique minimalement les parents, il cible une transition développementale chez la population ciblée et comporte des sessions de rappel sous la forme des PRA (Gagnon et al., 2012; Laventure *et al.*, 2010). Enfin, son contenu est interactif, vise le développement des compétences ainsi qu'une meilleure communication avec les parents (Gagnon et al., 2012; Laventure et al., 2010). Cependant, malgré son caractère prometteur pour la population générale, le programme *Système d* n'a pas été spécifiquement développé pour les enfants autochtones. Afin que celui-ci rejoigne correctement les élèves innus, il est donc probable que le programme nécessite une adaptation aux caractéristiques de leur réalité culturelle et scolaire.

4. L'ADAPTATION CULTURELLE DES PROGRAMMES

Avant d'aborder l'adaptation culturelle des programmes destinés aux populations autochtones ainsi que les modèles théoriques permettant de guider celle-ci, il importe de présenter certaines particularités relatives à la culture autochtone.

4.1 Les caractéristiques culturelles autochtones

Les caractéristiques culturelles des membres d'une même population peuvent se définir par l'expression des normes sociales et des valeurs qu'ils partagent entre eux (Hunt, 1994). Ces caractéristiques culturelles semblent essentielles à considérer dans le domaine de la prévention des dépendances. En effet, elles permettent de mieux comprendre et atteindre les membres d'une population ciblée (Springer, Sale, Kasim, Winter, Sambrano et Chipungu, 2005). Parmi les caractéristiques culturelles à considérer, le modèle élaboré par Kohls (Kulich, 2008) permet de distinguer celles dites explicites et facilement observables (langue, mode de vie, symboles, traditions) de celles implicites et moins visibles, mais ayant tout de même une influence sur les façons d'agir des gens d'un peuple (mode d'apprentissage, valeurs, croyances, rapport au temps). En se basant sur ce modèle, il semble qu'il faille considérer plus que les caractéristiques culturelles explicites lorsque l'on veut adapter un programme de prévention à une population autochtone spécifique.

Or, selon le cadre de référence *Honouring our strengths*, élaboré par l'Assemblée des Premières Nations, Santé Canada et *The National Native Addictions Partnership Foundation*, il n'existe pas une seule «culture autochtone», puisque les caractéristiques culturelles varient d'une Nation à une autre (Dumont, 2014; First Nations Addictions Advisory Panel, FNAAP, 2010). En effet, le territoire, le contexte communautaire, la langue et le contexte historique sont autant de caractéristiques qui influencent la culture d'un peuple (Dumont, 2014; FNAAP, 2010). Malgré la diversité des Nations autochtones, leurs membres pourraient toutefois partager, de

façon générale, un système de valeurs relativement comparables (Dumont, 2014; Hill et Hill, 1992). En effet, des auteurs se sont intéressés aux similitudes et aux différences entre les valeurs autochtones et occidentales (Coyhis et Simonelli, 2008; Red Horse, Lewis, Feit et Decker, 1978). Par exemple, chez les Autochtones, la coopération et l'interdépendance entre les membres d'un groupe sont généralement valorisées, contrairement à la compétition et à l'indépendance. La permissivité, en lien avec les pratiques éducatives notamment, prend habituellement le pas sur la coercition. L'accomplissement spirituel, ainsi que l'humilité et la modestie face aux épreuves, sont plus régulièrement favorisés, en opposition à l'acquisition de biens matériels et à l'égoïsme. Enfin, les Autochtones tendraient à rechercher davantage l'harmonie dans leurs relations, au détriment de la dominance. D'autres auteurs mentionnent également que, comparativement aux non autochtones qui préfèrent parfois la proactivité et la compétition dans leur quotidien, les Autochtones affectionnent généralement l'harmonie, le respect et l'équilibre dans leurs relations (Coyhis et Simonelli, 2008; Dumont, 2014). Les Autochtones auraient par ailleurs une perception plus globale des choses et de la vie, comparativement aux non autochtones ayant généralement un raisonnement plus séquentiel (Coyhis et Simonelli, 2008; Dumont, 2014). Ainsi, de façon générale, chez les Autochtones, la réalité serait appréhendée avec davantage de créativité que de rationalité et de réalisme. Ces derniers tendraient à être plus pragmatiques et pratiques dans leurs projets, contrairement aux non autochtones ayant davantage une approche théorique (Coyhis et Simonelli, 2008). Le rapport au temps serait également différent, celui-ci étant souvent compté pour les non autochtones, contrairement aux Autochtones pour qui il est plutôt une ressource continue et circulaire (Coyhis et Simonelli, 2008; Dumont, 2014). Selon ces mêmes auteurs, les Autochtones seraient donc plus souvent centrés sur le moment présent, contrairement aux non autochtones qui axeraient davantage sur le futur. De plus, alors que le respect des traditions importe généralement chez les Autochtones, le progrès serait plus régulièrement priorisé chez les non autochtones.

Certains principes interpersonnels pourraient être davantage partagés par les Autochtones, peu importe leur Nation d'appartenance (Dumont, 2014; Hill et Hill, 1992). Hill et Hill (1992) énoncent six principes, soit (1) la non-interférence, (2) l'autosuffisance, (3) la non-confrontation, (4) la diversité, (5) le respect des aînés et (6) l'appartenance à la famille élargie. Relativement à la non-interférence, certaines familles ou groupes d'Autochtones peuvent considérer l'intervention ou le conseil comme étant un comportement irrespectueux. Le leitmotiv «vivre et laisser vivre» est généralement caractéristique des Autochtones. En ce sens, en ce qui a trait à l'autosuffisance, certains Autochtones hésiteraient à demander de l'aide ou de l'assistance, ce qui peut alors être perçu par les non autochtones comme de l'ignorance ou de l'entêtement. De plus, comme la non-confrontation est souvent valorisée par les Autochtones, ceux-ci préfèrent généralement ne pas s'opposer ouvertement à un antagoniste et éviter le contact avec celui-ci. Le principe de la diversité se perçoit par le respect des Autochtones envers les différences sociales, et ce, malgré les stéréotypes de la société. De son côté, le respect porté aux aînés s'explique du fait que, usuellement, les aînés symbolisent la sagesse et l'enseignement des coutumes traditionnelles, spécialement ceux s'étant bien accomplis sur le plan socioculturel tout au long de leur vie. Ces derniers sont souvent honorés lors de cérémonies par les membres de leur communauté. Enfin, la famille élargie est souvent grandement considérée chez les Autochtones. En effet, pour plusieurs, l'importance des liens de sang va au-delà de la famille nucléaire. Ainsi, les contacts avec les grands-parents, oncles, tantes, cousins et cousines s'avèrent souvent primordiaux. Il en est de même pour les liens unissant les membres d'une même communauté ou d'une même Nation autochtone.

Ces particularités propres aux Autochtones démontrent la nécessité d'une sensibilité aux caractéristiques culturelles de la part des chercheurs et des intervenants lorsque vient le temps d'adapter et d'implanter un programme de prévention auprès de cette population (Dickerson et Johnson, 2011; FNAAP, 2010; Whitbeck et al., 2012; Whitesell, Beals, Crow, Mitchell et Novins, 2012).

4.2 L'adaptation culturelle des programmes de prévention

L'adaptation culturelle réfère à des modifications d'un programme afin que celui-ci soit davantage sensible à la culture d'une population spécifique (Kumpfer, Alvarado, Smith et Bellamy, 2002). Bernal (2006) définit l'adaptation culturelle comme des modifications apportées à un protocole d'interventions afin de considérer les caractéristiques et le contexte culturels d'une population ciblée, de façon à ce qu'il soit compatible avec cette dernière. Falicov (2009), pour sa part, décrit l'adaptation d'un programme comme une procédure qui, tout en maintenant les éléments essentiels du programme, répond également aux besoins culturels spécifiques d'une population.

Si certains auteurs militent en faveur du développement de nouveaux programmes pour des populations spécifiques (Sanders et Turner, 2005; Lauricella, Valdez, Okamoto, Helm et Zaremba, 2016), d'autres privilégient l'adaptation culturelle (Bernal, Jiménez-Chafey et Domenech Rodriguez, 2009; Biglan, Mrazek, Carnine et Flay, 2003; Kumpfer et al., 2008). En effet, le temps et les coûts engendrés pour développer de nouveaux programmes dépassent largement ceux nécessaires à l'adaptation d'un programme (Holleran Steiker, Castro, Kumpfer, Marsiglia, Coard et Hopson, 2008; Okamoto, Helm, McClain, Hill et Hayashida, 2014). Selon Castro et al., (2010), l'adaptation culturelle d'un programme universel peut être justifiée par le fait qu'il n'existe pas d'intervention efficace pour la population ciblée, comme c'est le cas chez certains peuples autochtones. Ces mêmes auteurs indiquent qu'il est alors préférable d'identifier le programme déjà existant se rapprochant le plus des particularités du groupe culturel ciblé afin de l'adapter.

Bien que les avis demeurent partagés, des revues de la littérature démontrent que les programmes adaptés culturellement, même s'ils ne sont pas toujours plus efficaces, sont prometteurs (Huey et Polo, 2008; Griner et Smith, 2006). Plus précisément, dans leur recension, Huey et Polo (2008) rapportent des résultats

contradictaires. Cinq études recensées sur 13 rapportent que l'adaptation culturelle permet de meilleurs résultats d'efficacité, trois rapportent des résultats comparables alors que les autres rapportent des résultats moins efficaces. Selon Castro et al. (2010), une façon d'expliquer ces résultats contradictoires concerne l'hétérogénéité des groupes pour lesquels les programmes ont été adaptés. Ainsi, plus une population présente des caractéristiques particulières, uniques, plus l'adaptation culturelle s'avère nécessaire et plus cette adaptation permettra d'observer des effets positifs sur la population ciblée, tant en ce qui a trait aux résultats du programme qu'à la rétention des participants (Barrera, Castro et Holleran Steiker, 2012; Castro et al., 2010; Domitrovich et al., 2008; Durlak, 2010). Ainsi, si l'adaptation d'un programme demeure discutable sur le plan de l'efficacité, son effet sur l'engagement des participants fait l'unanimité (Castro et al., 2010). Les clients qui nécessitent davantage que le programme soit adapté bénéficieraient davantage de son adaptation (Griner et Smith, 2006).

Castro, Barrera et Martinez (2004) énumèrent 11 situations potentiellement problématiques lors de l'implantation d'un programme, situations qui justifieraient l'adaptation d'un programme. Les premières raisons sont liées aux caractéristiques du groupe ciblé, soit: (1) l'incapacité des participants à comprendre le contenu du programme (langue), (2) les conflits de croyances, de valeurs et de normes entre la vision occidentale et la vision autochtone, (3) les ressources sociales et les expériences de vie différentes, (4) les barrières logistiques et environnementales (milieu urbain versus milieu rural), (5) la présence de facteurs de risque différents dans la population ciblée comparativement à la population pour laquelle le programme a été initialement développé et (6) le manque d'engagement envers le programme de la part de la population ciblée. D'autres raisons sont liées au personnel pouvant offrir le programme, soit: (7) le manque de personnel qualifié pour appliquer le programme, (8) le manque de sensibilité à la culture ainsi que (9) la présence de critiques quant aux éléments culturels du programme de la part des personnes qui doivent implanter et/ou animer le programme. Enfin, certaines raisons sont d'ordre

administratif ou communautaire, soit: (10) l'absence d'intérêt de la communauté envers le programme et (11) l'absence d'infrastructures pour son implantation. Ainsi, les éléments qui favoriseront l'adoption d'un programme par la population ciblée doivent également être considérés. Ces différentes raisons soulèvent l'importance, lors de l'adaptation culturelle d'un programme, de mettre en place un processus collaboratif incluant des personnes de la population ciblée (Castro, Barrera et Holleran Steiker, 2010).

Le principal défi lors de l'adaptation culturelle d'un programme de prévention probant réside dans l'équilibre entre le maintien des «ingrédients» qui assurent son efficacité et le retrait ou l'ajout de nouveaux éléments permettant de l'adapter au groupe culturel ciblé (Kumpfer et al., 2008). Ainsi, en respectant la nature du programme, il faut pouvoir ajouter des éléments qui permettront de rejoindre les particularités de la population ciblée (chansons, histoires, danses, images, vidéos et autres matériels adaptés à la culture). Deux objectifs s'opposent alors, soit: (a) implanter avec fidélité un programme de prévention reconnu efficace et (b) implanter un programme de prévention qui répond aux besoins spécifiques d'une population ciblée (Castro et al., 2004).

Pour satisfaire ces deux objectifs, les auteurs proposent différents types d'adaptation. L'adaptation culturelle peut donc s'effectuer en «surface» ou en «profondeur» (Castro et al., 2004 ; Resnikow, Soler, Braithwaite, Ahulwali et Butler, 2000; Ringwalt et Bliss, 2006). L'adaptation de surface signifie d'assurer la congruence entre les éléments de base du programme et les traits explicites de la population ciblée, tel que le fait de changer la langue et les exemples fournis. L'adaptation en profondeur, pour sa part, nécessite une compréhension et un ajustement aux spécificités plus implicites (croyances, rapport au temps, valeurs) (Resnikow et al., 2000). Une adaptation efficace demande donc de comprendre les nuances culturelles de la population ciblée (Castro, 1998) et exige des connaissances

ainsi que des compétences chez les personnes qui adaptent, offrent et animent le programme (Skaff, Chesla, Mycude et Fisher, 2002).

Des auteurs soulignent l'importance de segmenter la population ciblée (Suarez-Balcazar, Balcazar, Quiros, Chavez et Quiros, 1995) afin de procéder à l'adaptation culturelle d'un programme, en identifiant un groupe qui soit le plus homogène possible, dans lequel les personnes ont des caractéristiques et des besoins similaires. Ainsi, bien que moins onéreux que le développement des programmes, l'adaptation culturelle d'un programme de prévention requiert une évaluation rigoureuse du contexte écologique et culturel de la population ciblée (Kumpfer et al., 2008). Pour ce faire, Castro et al., (2010) insistent sur l'importance d'utiliser un modèle en différentes étapes pour guider l'adaptation culturelle, à l'instar de plusieurs autres auteurs qui suggèrent aussi des étapes à suivre (Castro et al., 2004; Kumpfer et al., 2008; Ringwalt et Bliss, 2006; Unger, Soto et Thomas, 2013).

Trois modèles d'adaptation culturelle sont davantage reconnus et utilisés dans la littérature et proposent un processus en plusieurs étapes à suivre, soit ceux de Kumpfer et al. (2008), de McKleroy et al. (2006) et de Wingwood et DiClemente (2008). Ces trois modèles proposent une démarche similaire permettant de: (1) rassembler les informations nécessaires à l'adaptation, (2) développer une adaptation préliminaire du programme initial, (3) procéder à une implantation de cette adaptation préliminaire et (4) proposer une adaptation culturelle plus complète (Barrera et Castro, 2006).

Le modèle en neuf étapes de Kumpfer et (2008) est celui ayant été retenu pour l'adaptation du programme de prévention dans le cadre de cette thèse. Il a été privilégié pour l'opérationnalité de chacune des étapes ainsi que pour la rigueur de la démarche qu'il préconise. Ces étapes, explicitées à l'annexe C, sont les suivantes : (1) recueillir les besoins, (2) choisir le programme à adapter, (3) mettre en place le matériel initial du programme, (4) sélectionner, former et superviser les animateurs,

(5) implanter le programme initial avec fidélité (groupes pilotes), (6) adapter le programme, (7) réviser le matériel du programme, (8) évaluer les effets du programme et (9) diffuser les résultats.

En plus de correspondre aux recommandations générales de Barrera et Castro (2006) ainsi que de Castro et al., (2010), le modèle de Kumpfer et al. (2008) est le seul prévoyant, à travers les étapes d'adaptation, la sélection de main-d'œuvre pour l'animation du programme, la formation au programme ainsi que la supervision de son implantation. Sachant que la qualité de l'implantation est un facteur primordial dans l'efficacité des programmes (Dane et Schneider, 1998; Mihalic, 2001) et qu'elle favorise sa récurrence auprès de la population ciblée (Chen, 2015), cette particularité du modèle de Kumpfer et al. (2008) est un atout pour la rigueur scientifique de cette thèse. De plus, comme ce modèle a déjà servi à adapter culturellement un programme de prévention pour des enfants autochtones et leurs familles (*Strengthening Family Program*, Kumpfer et al., 2008), il a été démontré applicable pour cette population spécifique.

Enfin, au-delà de son adaptation culturelle, pour qu'un programme produise les effets anticipés, il apparaît tout aussi important de cibler les conditions optimales de son implantation (Durlak, 1998, 2013; Zins, Elias, Greenberg et Pruet, 2000). Il est démontré que la qualité de l'implantation d'un programme est directement liée à ses impacts sur la population ciblée (Dane et Schneider, 1998; Durlak et DuPre, 2008; Durlak, 2010; Mihalic, 2001). La qualité de l'implantation d'un programme de prévention favorise également sa récurrence auprès de la population ciblée (Chen, 2015). D'ailleurs, ces dernières années ont vu l'émergence d'un mouvement de recherche dédié à une véritable science de l'implantation, particulièrement pour les services dédiés aux enfants (Halle, Metz et Martinez-Beck, 2013). Dans la section suivante, l'implantation des programmes de prévention des dépendances auprès des enfants en milieu scolaire sera discutée.

5. L'IMPLANTATION DE PROGRAMMES DE PRÉVENTION DES DÉPENDANCES

Plusieurs facteurs peuvent affecter l'implantation des programmes de prévention des dépendances en milieu scolaire (Dusenbury et al., 2003; Ringwalt et al., 2003). L'identification de ces facteurs est nécessaire pour assurer la qualité d'implantation des programmes, surtout dans un contexte culturel spécifique (Kumpfer et al., 2008). En effet, des activités préventives mal adaptées ou mal implantées peuvent créer des effets iatrogènes, c'est-à-dire des effets contraires à ceux attendus chez la population ciblée (Botvin et Griffin, 2007; Craplet, 2006; Sohn, 2000; Hennessy et Tanner-Smith, 2015; Werch et Owen, 2002). Dans les communautés autochtones, l'organisation, la gestion, la planification budgétaires et la mobilisation des ressources humaines, pour une mise en place fructueuse des programmes, représentent d'importantes préoccupations (Kinnon, 2002). Dans un tel contexte, en vue d'une recherche partenariale optimale, les chercheurs et les peuples autochtones ont besoin de temps pour construire une collaboration fructueuse (Chino et DeBruyn, 2006; George et al., 2007; Moodie, 2010).

Outre les aspects relatifs à l'adaptation culturelle abordés précédemment, Grover (2010) résume quatre stratégies relatives à l'implantation de programmes en milieu autochtone, soit: (1) le fait de mettre moins de pression quant aux délais à respecter et de reconnaître que les membres autochtones traitent l'information différemment, (2) prévoir plus de temps pour établir le partenariat, les collaborations étant parfois plus lentes à construire entre les gens sur le terrain et les chercheurs, (3) reconnaître que les partenaires autochtones peuvent collaborer différemment à des projets et mettre en place des mesures pour renforcer l'entraînement aux principes de base du programme et de son évaluation, (4) planifier une présence significative de l'évaluateur sur le terrain, favorisant ainsi l'établissement de relations de collaboration. En effet, l'aspect relationnel est généralement valorisé par les Autochtones, comparativement aux évaluateurs, qui eux, tendent à privilégier

l'efficacité, le respect des échéanciers et l'objectivité de la démarche scientifique (Grover, 2010).

La mise en place d'un programme de prévention demande alors un souci continu des réalités communautaire et scolaire autochtones, mais aussi un respect envers leurs us et coutumes. Une évaluation de l'implantation permet donc de vérifier comment le programme a été mis en place dans ce contexte et peut nous informer des principales difficultés rencontrées à cette étape. Certains modèles conceptuels proposent des stratégies d'évaluation de la qualité de l'implantation d'un programme de prévention qui peuvent aussi être appliquées en contexte autochtone, sans faire abstraction des adaptations nécessaires, et ce, en conformité avec les étapes du modèle de Kumpfer et al. (2008).

5.1 Modèle conceptuel pour l'évaluation de l'implantation d'un programme

Selon Durlak et DuPre (2008) l'implantation réfère à ce qu'est le programme lorsque livré dans un contexte particulier. L'évaluation de l'implantation permet, entre autres choses, de vérifier la conformité entre ce qu'un programme prévoit et sa mise en application (Chen, 2015). Elle permet aussi de s'assurer que les ressources prévues sont mises en place pour que le programme produise les effets attendus (Rossi et al., 2004). Pour ce faire, l'utilisation d'un modèle d'évaluation permet d'orienter l'entièreté du processus évaluatif et représente un cadre de référence autant pour les évaluateurs que pour les praticiens (Chen, 1990, 2005, 2015).

Le champ de recherche de l'évaluation de programmes est soutenu par un large bassin d'études scientifiques ainsi que par un éventail considérable d'approches évaluatives (Alkin et Christie, 2004). L'arbre des théories en évaluation, soit le *Evaluation Theory Tree*, de Alkin et Christie (2004), illustre les trois principaux référentiels théoriques en évaluation de programme, soit l'utilisation, les méthodes et les valeurs (traduction libre). Le référentiel central de l'arbre des théories, soit le

courant axé sur les méthodes, se situe dans le prolongement de la recherche sociale et vise plus particulièrement le développement des connaissances. Les évaluateurs de ce courant, tels que Chen et Rossi, s'attardent particulièrement aux méthodes utilisées pour évaluer les programmes. Ce courant accorde une grande importance à la fidélité d'implantation des programmes évalués, celle-ci étant considérée comme une variable modératrice de leur efficacité. Précisons que le fait de conclure sur l'efficacité (ou l'inefficacité) d'un programme, alors que celui-ci n'a pas été implanté tel que prévu, constitue ce que certains ont appelé l'«erreur de type III» (Dobson et Cook, 1980). Ainsi, afin d'éviter ce type d'erreur, de nombreux auteurs soulignent la nécessité d'évaluer l'implantation des programmes (Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos et Denis, 2009; Chen, 2015; Cinq-Mars et Fortin, 1999; Durlak et DuPre, 2008; Patton, 2008; Rossi et al., 2004).

À cette fin, différentes composantes doivent être considérées lorsque vient le temps d'évaluer l'implantation d'un programme (Alain et Dessureault, 2009; Chen, 2015; Donaldson, 2003; Rossi et al., 2004; Werner, 2004). Les travaux de Dane et Schneider (1998) rassemblent cinq aspects importants à évaluer entourant la fidélité d'un programme, soit (1) l'adhérence, (2) l'exposition, (3) la qualité de délivrance, (4) la réponse des participants et (5) la différenciation du programme. Premièrement, selon les définitions suggérées par les auteurs, (1) l'adhérence s'apparente au degré selon lequel les contenus du programme sont implantés tel que prescrit par le manuel d'implantation. Deuxièmement, (2) l'exposition représente le nombre de sessions implantées, leur durée et la fréquence des techniques prescrites. Troisièmement, (3) la qualité de délivrance comprend les aspects qualitatifs de l'implantation n'étant pas directement reliés à l'implantation des contenus, tel que l'enthousiasme des personnes qui implantent, leur préparation, les attitudes des leaders envers le programme et la perception de l'efficacité des sessions. Quatrièmement, (4) la réponse des participants consiste en la réaction des participants au programme, selon des indicateurs tels que la participation et l'enthousiasme. Cinquièmement, (5) la différenciation du programme se rapporte à la vérification effectuée pour s'assurer que les participants

du groupe expérimental ne reçoivent que les interventions planifiées par le programme.

Chen (2015) propose un modèle d'évaluation basé sur la théorie des programmes s'inscrivant dans le référentiel théorique axé sur les méthodes. Le modèle suggère une vision écologique et pragmatique de l'évaluation de programme plutôt qu'une évaluation linéaire. Cette conception écologique permet de considérer les éléments relatifs aux contextes des milieux de pratique susceptibles d'influencer tant la fidélité d'implantation que les effets d'un programme (Chen, 2015). Il s'avère être un modèle de choix dans le contexte de la présente thèse.

Tel qu'illustré à la figure 1, le modèle conceptuel de Chen (2015) distingue le *modèle d'action* (contexte d'implantation) du *modèle de changement* (effets du programme) d'un programme d'intervention. Il démontre comment un programme détenant un *modèle de changement* probant pourrait n'avoir qu'une très faible efficacité si son *modèle d'action* est mal adapté en fonction des particularités des milieux d'implantation, ou encore, implanté de manière peu conforme (Chen, 2015).

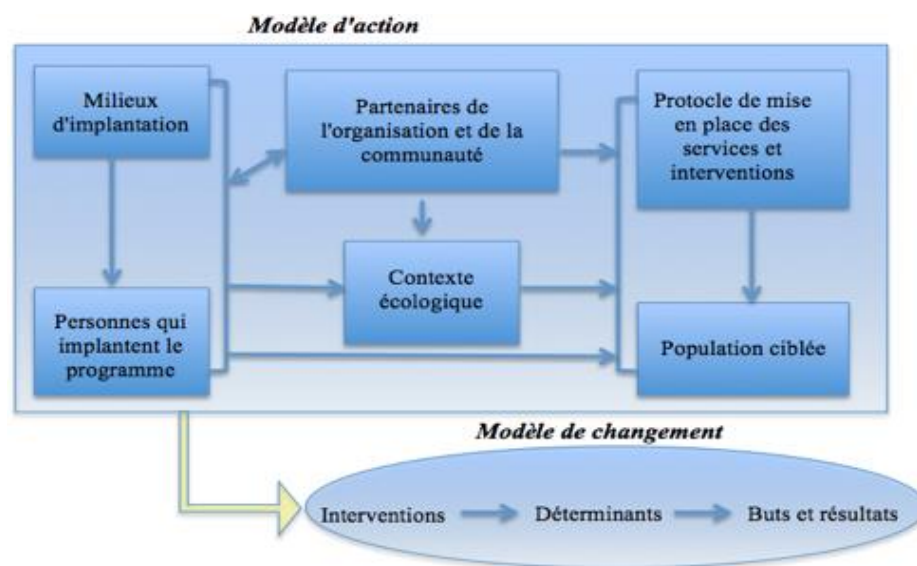


Figure 1. Modèle conceptuel de la théorie de programme (Chen, 2015)

Puisque cette thèse porte sur l'évaluation de l'implantation d'un programme de prévention ayant été adapté et non pas sur l'évaluation de son efficacité, seul le *modèle d'action* sera utilisé. Ce modèle est constitué de six composantes: (1) les milieux d'implantation, (2) les partenaires de l'organisation et de la communauté, (3) le protocole de mise en place des services et des interventions, (4) les personnes qui implantent le programme, (5) le contexte écologique et (6) la population ciblée. L'ensemble de ces composantes est explicité à l'annexe D. Comme le suggère Chen (2015), il existe différentes approches pour évaluer l'implantation d'un programme. Ainsi, selon les objectifs de la démarche d'évaluation, il n'est pas toujours nécessaire de considérer chacune des six composantes du modèle.

6. QUESTIONS DE RECHERCHE

Cette thèse a pour but d'expérimenter un processus d'adaptation culturelle d'un programme de prévention des dépendances. Elle a pour objectifs d'identifier les facteurs qui facilitent ou entravent l'implantation de sa version initiale en milieu scolaire primaire innu pour ensuite l'adapter culturellement et évaluer les effets de cette adaptation sur la fidélité d'implantation des versions initiale et adaptée du programme.

Le modèle du plan d'action de Chen (2015) permet d'évaluer l'implantation du programme de prévention *Système d*, alors que le modèle de Kumpfer et al. (2008) permet d'orienter son adaptation aux spécificités culturelles des enfants innus.

Afin d'offrir des programmes de prévention ultimement efficaces pour les élèves innus, il importe de mieux connaître les processus d'adaptation des programmes de prévention destinés à une population autochtone. Cela implique d'examiner l'implantation de ces programmes dans le milieu scolaire autochtone. Ainsi, la thèse s'articule spécifiquement autour de trois questions de recherche:

1. Quels sont les facteurs facilitant ou entravant l'implantation d'un programme de prévention des dépendances en milieu scolaire primaire innu?
2. Quelles sont les modifications apportées à ce programme, désigné pour les élèves innus d'âge scolaire primaire, dans le cadre du processus d'adaptation culturelle?
3. L'adhérence au contenu du programme (fidélité d'implantation) est-elle améliorée suite à son adaptation culturelle?

Ces trois questions ont orienté le travail de conception et de réalisation des deux articles qui composent la thèse. Ces deux articles répondront donc à trois questions différentes, mais complémentaires, en lien avec l'adaptation culturelle d'un programme de prévention désigné pour des élèves d'une école primaire innue.

7. PRÉSENTATION DES ARTICLES

Conformément aux directives du département de psychoéducation de l'Université de Sherbrooke pour la thèse de doctorat par articles, les deux articles ont été soumis à des revues scientifiques avant le dépôt de la thèse pour évaluation. Les annexes E et F présentent les directives de publication des revues ciblées ainsi que les confirmations de soumission aux revues. L'auteure de cette thèse est la première auteure de ces deux articles et en a effectué le travail de conceptualisation et de réalisation. La professeure Myriam Laventure et le professeur Jacques Joly ont été co-auteurs de ces deux articles pour l'aide conceptuelle et méthodologique apportée.

Le premier article, présenté au chapitre II, a été soumis dans la revue anglophone *The Canadian Journal of Native Studies* (voir l'annexe E). Cet article vise à identifier les facteurs qui facilitent ou entravent l'implantation de la version initiale du programme de prévention des dépendances pour des élèves en provenance d'une école innue du Québec. Le second article, présenté au chapitre III, a été soumis puis accepté sous condition de modifications mineures, à la revue *Drogues, santé et*

société (voir l'annexe F). À l'aide du modèle d'adaptation culturelle de Kumpfer et al. (2008), cet article vise à décrire l'adaptation en profondeur du programme au sein de cette même école innue et à vérifier si cette adaptation améliore la fidélité d'implantation de la version initiale du programme en ce qui a trait à l'adhérence au contenu.

Les deux articles ont été rédigés selon les directives de publication de chacune des revues et insérés comme tels dans la thèse. Cependant, ils sont présentés sous une forme manuscrite, c'est-à-dire que les tableaux et les notes de bas de page ont été insérés aux endroits appropriés dans le texte. Une fois ces deux articles présentés, la thèse sera conclue par une discussion générale.

DEUXIÈME CHAPITRE

FACTORS FACILITATING AND IMPEDING IMPLEMENTATION OF A PREVENTION PROGRAM IN AN INNU ELEMENTARY SCHOOL IN QUEBEC

ABSTRACT

Aboriginal youths are at risk for early initiation of drug and alcohol use. The aim of this study was to identify the facilitating and impeding factors in the implementation of a universal addiction prevention program in an Aboriginal school in Quebec. Different respondents were met to this end. The facilitating factors to emerge included adaptation on the fly and problem-solving capacity of facilitators and teachers. Impeding factors comprised lack of availability of school staff and complexity of certain concepts covered. The identification of these factors could help optimize the implementation of school-based prevention programs in other First Nations communities.

KEY WORDS

Implementation evaluation, facilitating factors, impeding factors, prevention program, addiction, Aboriginal schools

INTRODUCTION

Though the prevalence of alcohol and drug use varies across Aboriginal communities (Miller, Stanley, & Beauvais, 2012), high youth rates and early initiation have been observed in these communities in Quebec (Cotton & Laventure, 2013; Commission de la Santé et des Services Sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador [CSSSPNQL], 2011), the rest of Canada (Elton-Marshall, Leatherdale, & Burkhalter, 2011) and the United States (Stanley, Miller, Beauvais, Walker, & Walker, 2014). Addiction prevention represents a major health issue where these young people are concerned (Whitesell, Beals, Crow, Mitchell, & Novins, 2012; Whitbeck, Walls, & Welch, 2012). In this context, the cultural adaptation and implementation quality of addiction prevention programs is of particular relevance (Rowan et al., 2014).

In the field of addiction prevention, it is well recognized that schools can facilitate access to young people when it comes to program implementation (Botvin & Griffin, 2007; National Crime Prevention Centre, 2009). However, it is crucial for programs to be properly implemented. Many factors can in fact have a bearing on the implementation of school-based addiction prevention programs (Dusenbury, Brannigan, Falco, & Hansen, 2003; Ringwalt et al., 2003). These factors need to be identified in order to ensure program implementation quality, especially in particular cultural settings (Kumpfer, Pinyuchon, de Melo, & Henry, 2008). As it happens, very little research, if any, has been conducted on the implementation of prevention programs in Aboriginal schools in Quebec.

Program implementation in Aboriginal communities entails numerous challenges (Grover, 2010). Indeed, while various factors can facilitate program implementation in Aboriginal schools, others instead can act as barriers (Lee et al., 2008). For instance, when implementing a program in Aboriginal settings, the geographic remoteness of certain communities will call for logistical adjustments, just as the cultural particulars of the population will require adapting the program accordingly (Cotton, Laventure, & Joly, in press; Kumpfer et al., 2008). The lack of human and financial resources, too, can impede the implementation of addiction prevention programs, on top of determining whether they will be repeated (CSSSPNQL, 2009). The same holds true for staff turnover and lack of training, both of which can have a considerable negative impact on program implementation fidelity (CSSSPNLQ, 2009).

When implementing a program for Aboriginal young people, it is often necessary to adapt it culturally (Kumpfer et al., 2008) in order to take account of their values and customs (Dell & Lyons, 2007). In the field of addiction, the cultural adaptation of a prevention program and its implementation quality are all the more important in that a poorly adapted or poorly implemented program can generate iatrogenic effects, that is, effects that run counter to a program's desired effects (Hennessy & Tanner-Smith, 2015; Werch & Owen, 2002).

Evaluating the implementation quality of prevention programs involves, among other things, identifying the factors that influence their implementation (Chen, 2015). Against this background, we undertook a study to identify, on the basis of Chen's action model, the facilitating and impeding factors in the implementation of

the *Système d* prevention program (Forgues, Godin, Paquin, Paradis, & Poulin, 2007) for Aboriginal Innu students before an in-depth adaptation of the program.

Système d [The “D” system] is a universal program for preventing addiction among 6th graders through activities aimed at building personal and social skills. The program was developed based on a recognized theoretical framework and met the requisite effectiveness criteria for addiction prevention programs (Gagnon, April, & Tessier, 2012; Laventure, Boisvert, & Besnard, 2010). It consists of four workshops for classroom groups held by a facilitator, covering the following topics: (1) positive and negative influences; (2) consumption and the media; (3) stress management; and (4) self-affirmation and problem solving. A learning reinvestment project was also planned at the end of the program in the form of an individual or group creative work. Six handouts were sent home to parents to inform them about the workshops, the creative work, and available resources, if needed.

As recommended by Kumpfer et al. (2008), prior to the initial implementation, the *Système d* program was adapted in order to meet the needs of the target population. First, since prevalence rates indicated that a large number of Innu youths initiated alcohol and drug use before age 12 (Cotton & Laventure, 2013) and since the *Système d* program was meant to be preventive, the program was implemented among Innu 4th and 5th graders rather than 6th graders, for whom the program was initially intended. Furthermore, certain cultural references (examples, trademarks) in the program’s initial activities were changed or new ones were added.

The evaluation bore on this adapted version of the *Système d* program (Cotton et al., in press). For the purpose, we used Chen’s (2015) theory because it takes into

consideration different factors likely to influence program implementation. This theory makes a distinction between *action model* (implementation context) and *change model* (program outcomes). In this regard, a program with an evidence-based change model could prove little effective if its action model is not properly planned, adapted or implemented (Chen, 2015).

In sum, we set out to identify the facilitating and impeding factors in the initial implementation of the *Système d* program based on the six components of Chen's action model: (1) implementing organization; (2) intervention protocol; (3) program implementers; (4) peer organizations/community partners; (5) ecological context; and (6) target population.

METHOD

This case study specific to an Innu school was part of a broader study that applied an embedded mixed-methods design (Creswell & Plano Clark, 2011). Our study, which constituted the qualitative portion of that study, allowed us to collect data regarding the process surrounding the initial implementation of the program.

Sample

The sample was composed of program facilitators (n=6), school professionals (n=2), teachers (n=2), school principal (n=1), and parents of students (n=9).

For the purposes of the broader study, six facilitators were selected and then assigned to four Innu schools, including the one in our case study. Since all six facilitators

performed the same duties as program implementers in the schools, their point of view was taken into consideration in our study.

Conduct of study

Three focus groups and one individual interview held at the end of program implementation allowed us to gather the respondents' views on the initial implementation of the *Système d* program. Facilitators and teachers also completed logbooks at the end of each workshop in order to identify the factors that facilitated or impeded implementation.

The first two focus groups, each lasting 90 minutes, involved teachers and school professionals, on the one hand, and facilitators on the other. A third focus group lasting 30 minutes was held with Innu parents. A 60-minute individual interview was conducted with the school principal. The focus groups and the individual interview were run by trained researcher. All respondents were met at the school, except for the program facilitators. The interview guide and topics were adapted according to each category of respondent. The focus groups and the interview were tape recorded.

Qualitative data analysis

We used thematic content analysis to code the qualitative data obtained from the focus groups, the individual interview and the logbooks. This allowed us to garner the data in a systematic, methodical and objective manner (Paillé & Mucchielli, 2003). The transcripts of the focus groups and the interview were coded according to the themes under study concerning the initial program implementation (facilitating factors, impeding factors, strategies used to facilitate implementation, recommendations for improving implementation). Regarding the logbooks, we first performed a document analysis and then grouped the extracted data by theme (Cellard, 1997). In order to minimize bias, all of the coding and analysis was carried out by two trained research assistants.

RESULTS

Implementing organization

Some factors made it easier for the Innu school to provide the necessary expertise and resources to implement the program: program training offered to the facilitators before their arrival in the community, program training offered by the facilitators in the community, awareness gained by the various stakeholders of substance use by Innu students, and the positive attitude of the various stakeholders towards the program and training.

More specifically, program training received by facilitators before their arrival in the community was, in their opinion, a key factor that facilitated implementation, as it allowed them to feel sufficiently prepared not only to lead the activities, but also to train, in turn, the school's various partners. However, all of the facilitators felt that this training could have been more detailed, particularly regarding the modalities of the learning reinvestment project.

Program training offered by the facilitators to the different school stakeholders also facilitated implementation, as the program content and the implementation schedule were presented to them on the occasion. The school principal pointed out that the clarity of the demonstration and the material provided during the training facilitated program appropriation by the various stakeholders. Moreover, a good number of facilitators asserted that presenting the prevalence rates for substance use among Innu students in the course of the training lent support to the relevance of implementing the *Système d* program at the school. Generally speaking, the positive attitude of the different stakeholders towards both the program and training greatly facilitated implementation. The training thus fostered an openness to the program despite initial reservations.

The main factor that impeded the school's capacity to provide the necessary expertise and resources concerned the lack of availability of school staff already overloaded with their regular work. This factor was raised by a few teachers to justify their occasional lack of motivation for implementing the program in their classes. In addition, given the busy schedule of the entire school staff, it was difficult to meet them together for program training.

“I gave six individual training sessions, each about a half hour long (...), because no one was ever available.” (facilitator)

Intervention protocol

Various factors in the *Système d* intervention protocol facilitated program implementation in the school: facilitation modalities chosen, relevance of content for children, and adaptation of intervention protocol on the fly. In this regard, some facilitators stressed that recruitment of participants and mobilization of partners were facilitated by the modalities chosen for the *Système d* intervention protocol. More specifically, the decision to work with classroom groups made it possible to easily reach all of the students targeted by the program. The same was true for the decision to make the learning reinvestment project a rallying event that fit with the traditional ways of the community.

“All of the students were there... the teachers... and then they looked at what each class had done. People laughed a lot... It was fun! (...) The parents were really happy (...) more than half showed up! (...) a number of brothers and sisters were there as well.” (facilitator)

Most of the facilitators and teachers mentioned that the relevance of the content got the students engaged in the program. However, all of the facilitators indicated that they had to resort to different strategies in order to reach participants as much as they did. These strategies consisted primarily in making changes to the intervention protocol on the fly in terms of content (giving examples specific to the daily life of participants, translating key concepts into Innu with the help of the

children) and proposed pedagogical strategies (improvising role play between facilitators, getting participants to move around, revisiting topics at the end of the workshops).

Other factors related to the intervention protocol instead impeded implementation: not enough time to cover all the content, complexity of certain concepts, linguistic and cultural barriers, and no breaks during workshops. Not enough time and complexity of concepts were, according to all the respondents, the main factors responsible for any difficulty in understanding on the part of the Innu students. The respondents were unanimous in stating that certain concepts, such as life balance and stress, were harder to get across to the Innu students on account of linguistic barriers and cultural differences between facilitators and participants. In this regard, facilitators and teachers explained that they deliberately skipped some content of the intervention protocol deemed less pertinent, in addition to prolonging the duration of the workshops by a few minutes. They also felt that not taking any breaks might have hurt content assimilation given that the students generally began to lose focus after 45 minutes.

Program implementers

Certain factors related to the program implementers facilitated implementation of the *Système d* program. The first was the problem-solving capacity of facilitators and teachers and their capacity for teamwork. This allowed them to make up for certain impeding factors related to the intervention protocol mentioned above. The

facilitators concurred in saying that their preparation for implementation was another key factor. The weekly supervision provided and the concrete planning tools used (implementation calendar, reminder emails) facilitated the preparation and, by the same token, program implementation. The last facilitating factor mentioned was teacher involvement, which will be discussed below.

Fatigue and lack of motivation on the part of certain teachers, however, impeded implementation. Facilitators reported that running the workshops during class time seemed to be a source of additional stress for teachers, whose regular workload was already very demanding.

“He wanted us to take over the class, he’d had enough, he found it hard. So, (...) he went and left the class.” (facilitator)

In this regard, facilitators indicated that some teachers chose not to implement certain programmed activities if deemed of lesser relevance or if short on time. The activities most often cut by the teachers were those that they ought to have led alone. As mentioned earlier, in order to mobilize the teachers, facilitators had to show flexibility in adapting certain elements of the intervention protocol.

All of the facilitators agreed in saying that they felt ill at ease soliciting the teachers and that they would have liked to have been better prepared for this. The teachers’ viewpoints on the subject of co-facilitation were mixed. Some teachers stated that they would have liked to have been solicited to co-facilitate the workshops and that they would have agreed to it willingly, while other refused to do so. The latter

explained that they lacked the competence to implement prevention activities of the sort according to required standards.

“If it had been me (...) the kids would never have been as attentive, I’m sure of that.” (teacher)

“I think (...) that the formula (...) was so stringent, that it had to be implemented by the book (...) that I’m not sure that I would have been up to it (...) I would have changed quite a few things in the end if I had been the one to co-facilitate the workshop.”
(teacher)

Still, teacher involvement in running the workshop was the facilitating factor most often brought up by the facilitators, as mentioned above. According to the facilitators, even if the teachers did not officially co-facilitate the workshops, their presence was useful not only for managing the class but also for reformulating and vulgarizing the more complex content. This made running the workshops with the children a great deal easier.

“(...) they [the teachers] were good at giving examples that the kids could relate to (...) they knew the kids well. They were good at rephrasing things in ways that the kids could understand more easily.” (facilitator)

However, according to the facilitators, the teachers needed some time to adapt before they got involved in facilitating the workshops.

“Finally, over the course of the workshops, she really came on board (...). When she really got involved, (...) I found it helped a lot in class.” (facilitator)

Peer organizations/community partners

Among the facilitating factors related to peer organizations and community partners, topping the list was the diversity of partners that received program training. Indeed, no fewer than six categories of partners were trained (facilitators, teachers, school administrators, school professionals, Band Council chief and members, social services representatives), which conferred to the program greater importance in the school.

The second factor, according to the facilitators, was the different communication strategies applied to gain access to the various partners (program handouts, telephone or face-to-face contact with parents, presence of a translator for exchanges). Moreover, all the respondents believed that taking advantage of events already programmed in the school calendar made it easier to inform and mobilize parents regarding the program. This was the case for the parent-teacher meeting when report cards were handed out.

The third facilitating factor was, in the eyes of all the facilitators, the support provided by people with a certain level of recognition who knew the community well.

“The special educator has been there 7 years already. He knew the parents... I mean a lot.”

Another factor was the Band Council’s involvement, which added credibility to the implementation process. This fostered a greater openness and boosted motivation on the part of community members to mobilize in the interest of addiction prevention for their kids.

“Everyone was glad that a project was being undertaken (...) the time was ripe for it (...). The community as a whole was ready to take action, not just the school (...) there was like a wave of “our kids use too many substances”. (facilitator)

All of the respondents agreed, however, in saying that, while helpful, translation had its shortcomings. Indeed, translation was a source of stress for facilitators as they feared being misinterpreted at times.

“The problem is that we don’t know what they’re translating. We don’t know (...) whether she [the translator] herself clearly understood the question.” (teacher)

According to all the respondents, other communication difficulties might have impeded program implementation. First, the fact that many community members did not have a telephone line delayed the initial contact with some parents. Furthermore, parents might have had difficulty understanding the program handouts written in French. What’s more, there was no way to know with certainty whether the handouts made it home.

“They [the children] folded them small enough to stuff in their pockets (...) you couldn’t know for sure if they then gave them to their parents or not. Or sometimes, they’d put them on the shelf and forget them there (...) the janitors ended up throwing them out.” (facilitator)

The facilitators confided also that they were afraid of bothering the parents, which made them reluctant to contact them. Looking back, they admitted that they

could have solicited the parents more emphatically and earlier in the program implementation process.

“(...) I spoke to parents on the telephone and they were glad that I called to talk to them about the project. They seemed to be interested in it (...) I should have called them sooner (...).”

All the parents that we met stated that they would have liked to have been more involved in the program. The respondents were one in saying that involving parents as partners facilitated implementation and that parents should be involved more in future.

Ecological context

Certain factors related to the ecological context of the Aboriginal community impeded implementation of the *Système d* program. These included the geographic remoteness of the community, inconsistent enforcement of the no-smoking law on school premises, the fact that the facilitators came from outside the community, and the sensitive nature of the program’s subject matter (i.e., substance abuse). Above all, two facilitators reported that unforeseen outside events related to the community’s geographic remoteness, such as the dentist’s annual visit, might have impeded program implementation.

“It was time to go to the dentist! A bus had even been leased! The teacher had to resume the workshop later where we had left off...”

Inconsistent enforcement of the no-smoking law on school premises was also mentioned by the facilitators as a barrier to program implementation. They explained that some youngsters and school staff members smoked cigarettes near the school during program implementation.

“The no-smoking law around schools should be applied because, deep down, it serves the same purpose as the program (...).” (facilitator)

In this regard, the school principal explained that enforcing the no-smoking law in an Aboriginal context was a complex affair. Finally, according to all of the facilitators, the fact that they came from outside the community and were there to deal with a sensitive topic such as substance abuse might have aroused some misgivings about the program in the Aboriginal population.

Target population

The main factor that facilitated the program’s capacity to reach the target population was the use of adapted pedagogical strategies. Facilitators and teachers agreed in saying that certain strategies fostered student participation and stimulated their interest in most of the activities proposed. The use of examples drawn from their daily life and of visual and interactive didactic methods, such as a PowerPoint presentation and role play, fostered student engagement in the program.

“They got a kick out of the PowerPoint presentation! (...) With each click they were like ‘wow!’ (...) They were super focused.” (facilitator)

“When it came to role playing (...) in the end they all went: ‘Me! Me! Me!’ (...) they enjoyed playing characters. It gave them the chance to engage in the workshop. They had a lot of fun.” (facilitator)

Where impeding factors are concerned, the students’ developmental stage might ultimately have been a barrier to their response to the program. Indeed, the respondents agreed in saying that, compared with 5th graders, the 4th graders were more easily affected by certain impeding factors such as complexity of concepts and duration of workshops, which had the effect of blunting their focus and increasing their restlessness during the workshops. Moreover, certain iatrogenic effects were observed among 4th graders following the second workshop on the media.

“We didn’t realize just how much we had talked about Puma in that workshop. This really stuck with the kids in the 4th grade. (...) Two weeks later, (...) they were all wearing caps or sweaters with the Puma logo on them!” (facilitator)

The intimate nature of certain themes, also, might have hampered student participation. This was the case particularly in the third workshop where the focus was on stress. Various facilitators reported that the students seemed ill at ease to share personal examples. The use of kinesthetic methods and humor, however, made it possible to overcome the barriers regarding the intimate nature and complexity of certain themes.

“We were play acting and I had my guitar with me (...) I explained to them that playing the guitar helped me unwind (...) but when my colleague played the guitar, and she didn’t know how, it grated on me. It stressed everyone out! [laughter] They found that funny.” (facilitator)

DISCUSSION

Our study sought to identify, on the basis of Chen’s (2015) action model, the facilitating and impeding factors in the initial implementation of the *Système d* prevention program with Innu 4th and 5th graders before its in-depth cultural adaptation. Various factors facilitated implementation while others impeded it. Though some of these (program training, implementer aptitudes) have been observed also in non-Aboriginal school settings (Ringwalt et al., 2003), other factors (Band Council involvement, linguistic and cultural barriers) appear to be more specific to the Aboriginal community context (Lee et al., 2008).

How the facilitators were prepared for the program seems to have been a key factor that facilitated implementation on the whole. In this regard, the program training received by the facilitators and the weekly supervision provided allowed optimizing implementation quality throughout the process. In the case of school-based programs, implementer training is all the more critical, including for teachers (Dusenbury et al., 2003; Durlak, 2010). However, despite the program training received and the support provided by the facilitators, some teachers in our study lacked the self-confidence to co-facilitate the program. For their part, the facilitators

were afraid to add to the teachers' already heavy class schedule by soliciting them for the purpose. Following a period of adaptation, however, most of the teachers ended up getting involved in the facilitation on their own. These results confirm that it is essential for respondents to appropriate a program in order to maximize implementation quality (Whitbeck, 2006; Whitbeck et al., 2012).

Though the changes made to the intervention protocol (one activity eliminated, workshop duration extended, examples added) in the course of implementing the *Système d* program might have run counter to the notion of fidelity, they allowed coping with certain impeding factors to a considerable extent. Indeed, these changes helped with teacher mobilization, favored student understanding and focus, and recognized specificities of Aboriginal culture. In this regard, it is recognized that a certain degree of implementation flexibility can increase the likelihood of a program being adopted when various partners are involved (Domitrovich et al., 2008; Durlak, 2010), in addition to boosting their engagement in the program (Barrera, Castro, & Steiker, 2011).

According to various authors, making changes to a program on the fly is inevitable (Durlak, 2010; Meyers, Durlak, & Wandersman, 2012), if not advisable (Chen, 2015), and all the more so when implemented in an Aboriginal setting (Rowan et al., 2014). Ultimately, the reason for making changes of the sort is to arrive at a better fit between an intervention, the population and the context (Meyers et al., 2012). Indeed, as observed in our study, making spontaneous but judicious changes to a program can be a way to overcome implementation barriers (Whitbeck et al., 2012).

The decision to offer the *Système d* program to 4th and 5th graders instead of 6th graders was justified by epidemiologic data regarding initiation to psychotropic substance use. However, the developmental stage of the students seems to have been a factor in program implementation, as some students, especially among 4th graders, appeared to have some difficulty following. This could be attributable to the cognitive, affective and social maturity gained by children from the 4th to the 6th grade (DeHart, Sroufe, & Cooper, 2004) or to the fact that the cultural references of Aboriginal students differ from those of non-Aboriginal youths (Legha & Novins, 2012).

Where the ecological context is concerned, certain elements related to the community's customs and habits, particularly regarding the inconsistent enforcement of the no-smoking law, influenced implementation. This factor might have been exacerbated by the fact that the program implementers came from outside the community (CSSSPNQL, 2009). It is recognized that Aboriginals tend to be more permissive in their educational practices compared with Westerners, who more easily resort to coercive measures (Coyhis & Simonelli, 2008). Moreover, Aboriginals prefer to be on good terms with others rather than seek to dominate them (Coyhis & Simonelli, 2008), which might explain the uneven application of the law during the study period. This is why it is important for program implementers to be sensitive to cultural differences between them and Aboriginals (Legha & Novins, 2012), aside from taking account of the community context and demonstrating flexibility as needed (CSSSPNQL, 2009; Novins et al., 2011).

We noted that, even if program implementers are non-Aboriginal or come from outside the community, they can still have a positive influence on the implementation setting, such as by fostering partner openness towards the program. Indeed, implementer sensitivity to the cultural context might be a bigger factor in program implementation quality in Aboriginal settings than are implementer origin and training (Laquer, 1998; Legha & Novins, 2012).

Based on the results, despite various barriers (cultural, linguistic, organizational), the involvement of various community partners proved essential in the implementation of the *Système d* program in the school. The Aboriginal values of community membership and shared responsibility for problems within the community militate in this direction (Coyhis & Simonelli, 2008). Indeed, the community aspect cannot be neglected if addiction prevention strategies are to be successful in Aboriginal communities (Thomas et al., 2009).

In addition, despite cultural differences between program implementers and the target population, an approach informed by respect, sensitivity and flexibility seems conducive to quality implementation (Novins et al., 2011). This is all the more true if the various stakeholders are given the time to make a program their own (Chen, 2015).

While our study allowed us, based on data derived from a variety of respondents, to identify a number of factors that can potentially influence the implementation of school-based prevention programs in Innu communities, we must bear in mind that the study involved only one school. Consequently, we must be cautious in generalizing the results obtained. Given the cultural heterogeneousness

and geographical disparity across Aboriginal communities (Dell et al., 2012; Whitbeck et al., 2012), further research is required to identify the specific factors that facilitate and impede the implementation of school-based prevention programs in the different First Nations (Institute of Aboriginal Peoples' Health [IAPH], 2011). At the methodological level, adding quantitative measures could make it possible to identify other factors and to measure them quantitatively in relation to one another. Then, depending on the factors thus identified, it would be useful to explore which strategies might best ensure the implementation quality of prevention programs in Aboriginal schools (IAPH, 2011; Slaughter, Hill, & Snelgrove-Clarke, 2015).

DECLARATIONS

Ethics approval and consent to participate

This study was approved by the Ethics Review Board of the Department of Education and Social Sciences of Université de Sherbrooke (Quebec, Canada). All participants (or a parent or legal guardian in the case of children under 16) provided informed consent to participate in the study.

Funding

This study was made possible by funding from *Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec* and from the *Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones* (data collection and analysis, transfer of knowledge activities, translation of the manuscript).

Competing interests

The authors report no conflicts of interest.

Authors' contributions

JCC was the main responsible for the study coordination, the data collection, interpretation and the description of the results. She wrote the first draft of the manuscript. ML and JJ contributed significantly in all steps of this manuscript preparation. They have critically reviewed the final version of this manuscript and helped improve it. All authors read and approved the final manuscript.

REFERENCES

- Barrera Jr., M., Castro, F. G., & Steiker, L. K. H. (2011). A critical analysis of approaches to the development of preventive interventions for subcultural groups. *American Journal of Community Psychology*, 48(3-4), 439-454.
- Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2007). School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry*, 19(6), 607-615.
- Cellard, A. (1997). L'analyse documentaire [Document analysis]. In J. Poupart et al. (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* [Qualitative research: Epistemological and methodological issues] (pp. 251-272). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Chen, H. T. (2015). *Practical program evaluation: Theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Commission de la Santé et des Services Sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL, 2011). *Évaluation de l'implantation des services sociaux de première ligne dans quatre communautés des Premières Nations du Québec* [Evaluation of the implementation of front-line social services in four First Nations communities of Quebec].
- Commission de la Santé et des Services Sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL, 2009). *Évaluation de l'implantation des services sociaux de première ligne dans quatre communautés des Premières Nations du Québec. Rapport final. Juin 2009* [Evaluation of the implementation of front-line social services in four First Nations communities of Quebec. Final Report. June 2009].
- Cotton, J. C., & Laventure, M. (2013). Early initiation to cigarettes, alcohol and drugs among Innu preadolescents of Quebec. *The Canadian Journal of Native Studies*, 33(1), 1.
- Cotton, J. C., Laventure, M., & Joly, J. (in press). Adaptation culturelle d'un programme de prévention universel des dépendances pour les enfants autochtones innus [Cultural adaptation of a universal addiction prevention program for Aboriginal Innu children]. *Drogues, santé et société*.
- Coyhis, D., & Simonelli, R. (2008). The Native American healing experience. *Substance Use & Misuse*, 43(12), 1927-1949.

- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research (2nd ed.)*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- DeHart, G., Sroufe, L. A., & Cooper, R. (2004). *Child development: Its nature and course (5th ed.)*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Dell, C., & Lyons, T. (2007). *Harm reduction and persons of Aboriginal descent*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Dell, C. A., Roberts, G., Kilty, J., Taylor, K., Daschuk, M., Hopkins, C., & Dell, D. (2012). Researching prescription drug misuse among First Nations in Canada: Starting from a health promotion framework. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 6, 23.
- Domitrovich, C. E., Bradshaw, C. P., Poduska, J. M., Hoagwood, K., Buckley, J. A., Olin, S., ... Jalongo, N. S. (2008). Maximizing the implementation quality of evidence-based preventive interventions in schools: A conceptual framework. *Advances in School Mental Health Promotion*, 1(3), 6-28.
- Durlak, J. A. (2010). The importance of doing well in whatever you do: A commentary on the special section, "Implementation research in early childhood education". *Early Childhood Research Quarterly*, 25(3), 348-357.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M., & Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, 18(2), 237-256.
- Elton-Marshall, T., Leatherdale, S., & Burkhalter, R. (2011). Tobacco, alcohol and illicit drug use among Aboriginal youth living off-reserve: Results from the Youth Smoking Survey. *Canadian Medical Association Journal*, 183(8), 480-486.
- Forgues, H., Godin, F., Paquin, P., Paradis, I., & Poulin, C. (2007). *Système d : définir, découvrir, devenir, débrouiller, décider, développer* [The "D" System: Define, discover, become, disentangle, decide, develop]. Quebec City, Quebec: Direction de santé publique de s agences de la santé et des services sociaux de la Montérégie, de Laval et de l'Outaouais.
- Gagnon, H., April, N., & Tessier, S. (2012). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois: meilleures pratiques de prévention* [Psychoactive substance use among Quebec youth: Prevention best practices]. Montréal, Québec: Institut national de santé publique du Québec.

- Grover, J. G. (2010). Challenges in applying indigenous evaluation practices in mainstream grant programs to indigenous communities. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 23(2), 33-50.
- Hennessy, E. A., & Tanner-Smith, E. E. (2015). Effectiveness of brief school-based interventions for adolescents: A meta-analysis of alcohol use prevention programs. *Prevention Science*, 16(3), 463-474.
- Institute of Aboriginal Peoples' Health (IAPH, 2011). *Aboriginal peoples' wellness in Canada: Scaling up the knowledge. Cultural context and community aspirations*. Alberta, Canada: Institute of Health Economics.
- Kumpfer, K. L., Pinyuchon, M., de Melo, A. T., & Henry, O. (2008). Cultural adaptation process for international dissemination of the Strengthening Families Program. *Evaluation and the Health Professions*, 31(1), 226-239.
- Laquer, B. (1998). The Nee-kon Project: Designing and implementing prevention strategies for young Native American children. In J. Valentine, J. A. De Jong, & N. J. Kennedy (Eds.), *Substance abuse prevention in multicultural communities* [pp. 23-38]. The Haworth Press, Inc.
- Laventure, M., Boisvert, K., & Besnard, T. (2010). Programmes de prévention universelle et ciblée de la toxicomanie à l'adolescence: recension des facteurs prédictifs de l'efficacité [Universal and targeted adolescent substance abuse prevention programs: A review of effectiveness predictors]. *Drogues, santé et société*, 9(1), 121-164.
- Lee, K. S., Conigrave, K. M., Clough, A. R., Wallace, C., Silins, E., & Rawles, J. (2008). Evaluation of a community-driven preventive youth initiative in Arnhem Land, Northern Territory, Australia. *Drug and Alcohol Review*, 27, 75-82.
- Legha, R. K., & Novins, D. (2012). The role of culture in substance abuse treatment programs for American Indian and Alaska Native communities. *Psychiatric Services*, 63(7), 686-692.
- Meyers, D. C., Durlak, J. A., & Wandersman, A. (2012). The quality implementation framework: A synthesis of critical steps in the implementation process. *American Journal of Community Psychology*, 50(3-4), 462-480.
- Miller, K., Stanley, L., & Beauvais, F. (2012). Regional differences in drug use rates among American Indian youth. *Drug & Alcohol Dependence*, 126(1/2), 35-41.

- National Crime Prevention Centre [NCPC] (2009). School-based drug abuse prevention: Promising and successful programs. Ottawa, ON: Public Safety Canada.
- Novins, D. K., Aarons, G. A., Conti, S. G., Dahlke, D., Daw, R., Fickenscher, A., ... Spicer, P. (2011). Use of the evidence base in substance abuse treatment programs for American Indians and Alaska natives: Pursuing quality in the crucible of practice and policy. *Implementation Science*, 6(1), 63.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Qualitative analysis in the human and social sciences]. Paris, France: Armand Colin.
- Ringwalt, C. L., Ennett, S., Johnson, R., Rohrbach, L. A., Simons-Rudolph, A., Vincus, A., & Thorne, J. (2003). Factors associated with fidelity to substance use prevention curriculum guides in the nation's middle schools. *Health Education & Behavior*, 30(3), 375-391.
- Rowan, M., Poole, N., Shea, B., Gone, J. P., Mykota, D., Farag, M., ... Dell, C. (2014). Cultural interventions to treat addictions in Indigenous populations: Findings from a scoping study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 9(1), 34.
- Slaughter, S. E., Hill, J. N., & Snelgrove-Clarke, E. (2015). What is the extent and quality of documentation and reporting of fidelity to implementation strategies: A scoping review. *Implementation Science*, 10(1), 129.
- Stanley, L. R., Miller, K. A., Beauvais, F., Walker, P. S., & Walker, R. D. (2014). Predicting an alcohol use disorder in urban American Indian youths. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 23(2), 101-108.
- Thomas, L. R., Donovan, D. M., Sigo, R. L., Austin, L., Alan Marlatt, G., & The Suquamish Tribe. (2009). The community pulling together: A tribal community-university partnership project to reduce substance abuse and promote good health in a reservation tribal community. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 8(3), 283-300.
- Werch, C. E., & Owen, D. M. (2002). Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 581-590.
- Whitbeck, L. B. (2006). Some guiding assumptions and a theoretical model for developing culturally specific preventions with Native American people. *Journal of Community Psychology*, 34(2), 183-192.

- Whitbeck, L. B., Walls, M. L., & Welch, M. L. (2012). Substance abuse prevention in American Indian and Alaska Native communities. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38(5), 428-435.
- Whitesell, N. R., Beals, J., Crow, C. B., Mitchell, C. M., & Novins, D. K. (2012). Epidemiology and etiology of substance use among American Indians and Alaska Natives: Risk, protection, and implications for prevention. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38(5), 376-382.

TROISIÈME CHAPITRE

ADAPTATION CULTURELLE D'UN PROGRAMME DE PRÉVENTION UNIVERSEL DES DÉPENDANCES POUR LES ENFANTS AUTOCHTONES INNUS

RÉSUMÉ

Plusieurs études canadiennes soulignent le manque de programmes adaptés pour les Autochtones dans le domaine des dépendances, particulièrement en prévention pour les jeunes habitants dans une communauté. À l'aide du modèle d'adaptation culturelle de Kumpfer et al. (2008) et d'un devis mixte incorporé, cette étude vise à (1) décrire l'adaptation en profondeur du programme de prévention des dépendances *Système d* pour des élèves en provenance d'une école innue du Québec et à (2) vérifier si cette adaptation améliore la fidélité d'implantation du programme initial en ce qui a trait à l'adhérence au contenu. Pour le volet qualitatif, différents acteurs du milieu autochtone ont été consultés (un directeur d'école, deux enseignants, deux intervenants scolaires, six animateurs, neuf parents) afin d'adapter le programme en profondeur. Puis, pour le volet quantitatif, par le biais de journaux de bord, l'adhérence au contenu de la version initiale du programme et de la version adaptée en profondeur a été évaluée. Les principales adaptations apportées au programme concernent la durée des ateliers, les méthodes pédagogiques utilisées pour présenter les concepts et l'intégration de références culturelles autochtones. En ce qui concerne l'adhérence, il semble que l'adaptation en profondeur du programme *Système d*, bien que nécessaire pour correspondre à la réalité des élèves innus, s'est avérée insuffisante pour favoriser la fidélité de son implantation. À la lumière de ces résultats, il est recommandé de poursuivre les recherches afin d'identifier les autres facteurs pouvant faciliter ou entraver l'implantation d'un programme de prévention en milieu scolaire autochtone québécois.

Mots-clés: prévention, dépendances, autochtones, enfants, programme, adaptation culturelle.

ABSTRACT

Many Canadian studies emphasise the lack of adapted programs for Aboriginal people in the field of addictions, especially in prevention for the young people living in a community. Using the model of cultural adaptation by Kumpfer et al. (2008) and a mixed incorporated study design, this study aims to (1) describe the in-depth adaptation of the addiction prevention program *System d* for the students from an Innu school in Quebec and (2) verify whether this adaptation improves the implantation fidelity of the initial program with respect to the content adhesion. For the qualitative component, different actors of the Aboriginal community were consulted (one school principal, two teachers, two school educators, six animators, and nine parents) in order to adapt the program in depth. Then, for the quantitative component, through logbooks, the content adherence of the initial version of the program and the in-depth adapted version was assessed. The main adjustments made to the program concern the duration of the workshops, the teaching methods used to present the concepts and the integration of Aboriginal cultural references. Regarding the adhesion, it seems that the adaptation of the *System d* program, although necessary to correspond to the reality of Aboriginal students, provided insufficient to benefit the fidelity of its implantation. In the light of these results, it is recommended to pursue research in order to identify which other factors can facilitate or impede the implantation of a prevention program in the Aboriginal schools of Quebec.

Keywords: prevention, addictions, aboriginal, children, program, cultural adaptation.

INTRODUCTION

Un nombre inquiétant d'enfants autochtones s'initient à la cigarette, à l'alcool et au cannabis dès l'âge scolaire primaire (Coleman, Charles et Collins, 2001; Cotton, 2009; Cotton et Laventure, 2013). Or, les études canadiennes soulignent le manque, voire l'absence, de ressources adaptées pour les Autochtones dans le domaine des dépendances, particulièrement pour ceux habitant dans une communauté (Dell et Lyons, 2007; Grover, 2010). En effet, dans certaines communautés, la sélection des programmes de prévention en dépendance serait davantage dictée par les urgences, le manque d'infrastructures et de personnels formés (Kinnon, 2002) que par leur validité scientifique. Ainsi, les programmes de prévention offerts dans les communautés autochtones s'avèrent souvent mal adaptés aux réalités culturelles (Grover, Cram et Bowman, 2007; Grover, 2010).

Les populations autochtones détiennent effectivement des valeurs et des coutumes desquelles il faut tenir compte dans les activités préventives qui leur sont offertes (Grover, 2010). Le fait d'adapter un programme à la culture d'une population peut non seulement favoriser la qualité de son implantation (Castro, Barrea et Martinez, 2004; Halle, Metz et Martinez-Beck, 2013) et son efficacité (Cook et Odom, 2013; Grover, 2010; Janosz, 2010; Halle et al., 2013), mais aussi l'engagement et la rétention des participants (Castro et al., 2004; Kumpfer, Alvarado, Smith et Bellamy, 2002). En effet, le recrutement des populations autochtones et leur engagement à l'égard d'un programme peuvent s'avérer difficiles (Beals, Manson, Mitchell et Spicer, 2003; Kumpfer et al., 2002, 2008). Or, son adaptation culturelle

est une façon de le rendre plus pertinent pour cette population (Resnikow, Soler, Braithwaite, Ahulwalia et Butler, 2000), facilitant par le fait même son implantation et son efficacité, ce qui est considérable, sachant qu'une mauvaise implantation peut amoindrir les effets d'un programme (Durlak, 2010, 2013; Halle et al., 2013; Meyers, Durlak et Wandersman, 2012).

L'adaptation culturelle d'un programme réfère à des modifications dans son contenu et son processus afin qu'il soit sensible à la culture d'une population (Kumpfer et al., 2002). Bernal (2006) spécifie que l'adaptation culturelle d'un programme consiste en des modifications afin de considérer la langue, la culture et le contexte, de sorte qu'il soit compatible avec la façon de penser et les valeurs de la population ciblée.

Le principal défi lors de l'adaptation d'un programme est de préserver les « ingrédients » qui assurent son efficacité (composantes, structure, durée) tout en retirant ou en ajoutant des éléments permettant de l'adapter au groupe culturel ciblé (Cook et Odom, 2013; Halle et al., 2013; Kumpfer et al., 2008). En effet, la modification du dosage d'un programme, par l'ajout ou le retrait de contenu, a le potentiel d'affecter son efficacité (Cook et Odom, 2013; Kumpfer et al., 2002). La procédure d'adaptation doit donc maintenir les éléments essentiels d'un programme tout en répondant aux besoins culturels spécifiques de la population ciblée (Castro et al., 2004; Falicov, 2009).

Pour ce faire, les auteurs proposent deux types d'adaptation, c'est-à-dire de « surface » ou en « profondeur » (Castro et al., 2004 ; Resnikow et al., 2000; Ringwalt et Bliss, 2006). L'*adaptation de surface* vise à assurer la congruence générale entre

les éléments de base du programme et les caractéristiques de la population ciblée, en ajoutant par exemple des chansons ou des images adaptées aux caractéristiques des participants (Resnikow et al., 2000). L'*adaptation en profondeur* implique pour sa part une compréhension plus importante des spécificités et des normes culturelles. Elle peut notamment s'observer par la révision du protocole d'interventions du programme, tel le fait de changer la durée des ateliers, la langue utilisée pour adresser le contenu, ou encore, les exemples fournis aux participants (Resnikow et al., 2000). Qu'il s'agisse de modifications de surface ou de profondeur, l'adaptation d'un programme nécessite un processus rigoureux (Castro et al., 2004; Kumpfer et al., 2008; McKleroy et al., 2006; Ringwalt et Bliss, 2006; Unger, Soto et Thomas, 2008; Wingwood et DiClemente, 2008).

Dans la présente étude, le modèle d'adaptation culturelle de Kumpfer et al. (2008) est privilégié pour orienter l'implantation et l'adaptation d'un programme de prévention des dépendances dans quatre écoles innues du Québec. L'avantage de ce modèle réside dans l'importance accordée à la sélection de la main-d'œuvre pour l'animation, la formation au programme ainsi que la supervision de son implantation. Des connaissances et des compétences sont effectivement nécessaires chez les personnes qui adaptent et implantent un programme (Organisation nationale de la santé autochtone, ONSA, 2008; Skaff, Chesla, Mycude et Fisher, 2002). D'autant plus que leur formation au programme a un effet sur la qualité de son implantation (Durlak, 2013). Le modèle de Kumpfer et al. (2008) a également été sélectionné puisqu'il a déjà servi à adapter un programme de prévention des troubles de comportement pour des enfants autochtones et leurs familles (*Strengthening Family*

Program, Kumpfer et al., 2008). Il s'avère ainsi réalisable auprès de cette population spécifique.

Le modèle de Kumpfer et al. (2008) comprend neuf étapes permettant de procéder à l'adaptation culturelle d'un programme. Ces étapes sont de : (1) *recueillir les besoins de la population ciblée*, (2) *choisir le programme à adapter*, (3) *mettre en place le matériel initial du programme*, (4) *sélectionner, former et superviser les animateurs*, (5) *implanter le programme avec fidélité et qualité*, (6) *effectuer les adaptations culturelles à l'aide de groupes-pilote*, (7) *réviser le matériel du programme*, (8) *assurer l'évaluation habilitative du programme (empowerment evaluation)* et (9) *évaluer l'efficacité de la version adaptée du programme*.

Toutes ces étapes impliquent que la démarche repose non pas sur une seule étude, mais plutôt sur une séquence d'études. C'est ce qu'illustre la figure 1, où nous indiquons que les étapes 1 à 6 du modèle de Kumpfer et al. (2008) ont été réalisées préalablement à la présente étude. Ces étapes sont résumées sommairement ci-dessous.

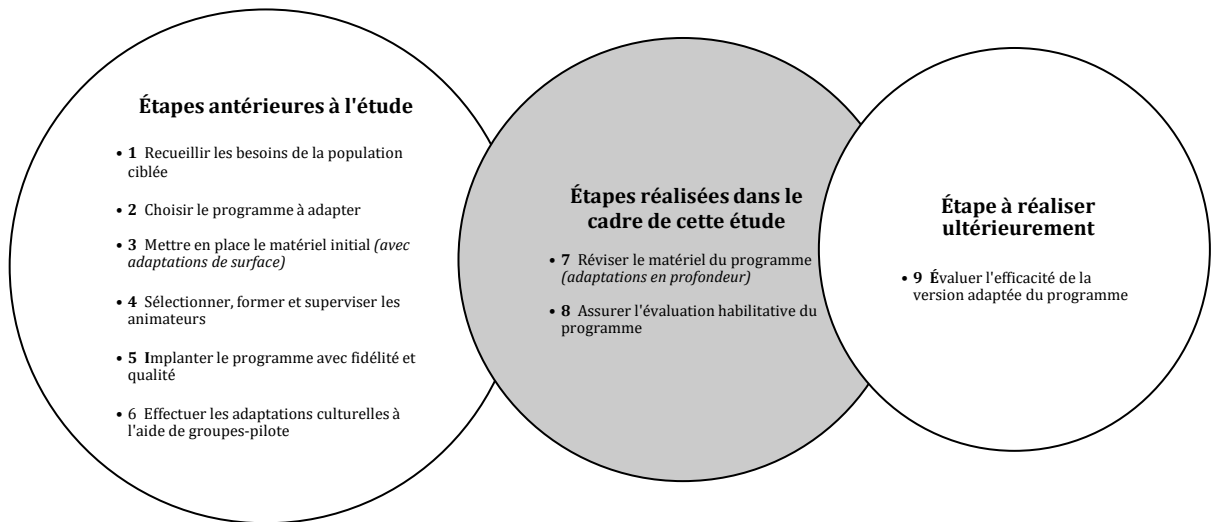


Figure 1. Étapes concernées par l'étude

Tout d'abord, afin de *recueillir les besoins de la population ciblée* (première étape du modèle de Kumpfer et al., 2008), une étude portant sur les prévalences d'initiation et de consommation de psychotropes chez les enfants innus (Cotton, 2009; Cotton et Laventure, 2013) a été consultée. Les données issues de cette étude ont motivé les premières actions adaptatives du programme *Système d* original avant même qu'il soit implanté dans les écoles innues. Plus précisément, considérant la forte prévalence d'enfants déjà initiés à la cigarette, à l'alcool ou au cannabis en 6^e année, le programme, se voulant préventif, a plutôt été implanté auprès des élèves innus de la 4^e et 5^e année du primaire. En effet, de type universel, *Système d* s'adresse initialement à tous les élèves de 6^e année du primaire et vise à favoriser leur passage au secondaire. Ainsi, pour les enfants participant à cette étude, *Système d* vise plutôt à favoriser leur passage de l'enfance à la préadolescence.

Dans un premier temps, le programme de prévention universel des dépendances *Système d* (Forgues et al., 2007) a été *choisi comme programme à adapter* (seconde étape du modèle de Kumpfer et al., 2008). Ce programme vise à prévenir les dépendances par le biais d'activités de développement des compétences personnelles et sociales. Il a également pour objectif de sensibiliser les parents à l'égard de leurs pratiques parentales. *Système d* comporte ainsi deux volets, soit un pour les enfants et un pour les parents.

Le *volet enfant* comporte quatre ateliers animés en classe. En résumé, l'atelier 1 porte sur les influences (60 minutes). Il vise à conscientiser les jeunes à l'égard des sources d'influences et de pressions présentes dans leur vie quotidienne. L'atelier 2 porte sur la consommation et les médias (120 minutes). Il permet aux jeunes de développer une distance critique à l'égard de la publicité et de différents produits de consommation, distance qu'ils pourront ensuite appliquer lorsqu'il sera question de produits pouvant causer une dépendance (alcool, tabac, jeux de hasard et d'argent). L'animation de cet atelier est divisée en deux, une portion est assurée par l'animateur habituel alors que l'autre est animée par l'enseignant du groupe-classe. L'atelier 3 aborde la gestion du stress (60 minutes). Les jeunes sont alors amenés à identifier des situations stressantes et des moyens pour gérer leur stress. Enfin, l'atelier 4 concerne l'affirmation de soi et la résolution de problèmes (60 minutes). Il vise à ce que les jeunes développent des techniques pour faire face aux pressions négatives.

En plus des ateliers, un projet de réinvestissement des apprentissages (PRA) est développé avec les élèves tout au long de l'implantation de *Système d*. Le PRA permet aux jeunes d'approfondir leurs acquis relativement au contenu abordé dans les

ateliers du programme, par l'entremise d'une création collective ou individuelle. Les parents et les membres du personnel scolaire sont conviés à la présentation du PRA à la fin du programme.

Concernant le *volet parent*, l'envoi de six communiqués est prévu par le biais des jeunes participants. Ces communiqués visent à informer les parents sur les ateliers du programme et le PRA, sur des astuces pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie à la maison et sur les ressources disponibles en cas de besoin. Ces communiqués incitent également les parents à dialoguer avec leur enfant à propos des activités de *Système d*.

Le programme *Système d* a en partie été retenu pour son protocole d'interventions opérationnel et aisé à mettre en place. De surcroît, il répond aux critères d'efficacité reconnus pour la prévention des dépendances (Gagnon, April et Tessier, 2012; Laventure, Boisvert et Besnard, 2010) et repose sur un cadre théorique avéré (Forgues et al., 2007).

Afin de compléter l'étape 2, une consultation sur la pertinence du choix du programme a été réalisée auprès de six intervenants œuvrant en moyenne depuis 7,3 ans en milieu scolaire innu. Cette consultation visait également à effectuer des adaptations de surface au programme, préalablement à son implantation. Suite à cette consultation, des modifications ont été apportées à l'atelier 2, en modifiant des images et des éléments de vocabulaire afin qu'ils correspondent davantage aux références culturelles des enfants innus. Or, dans le but de respecter les recommandations de Kumpfer et al. (2008) du fait que le programme sélectionné doit

être implanté tel quel outre des adaptations de surface, le reste de son contenu est demeuré inchangé.

À l'automne 2011, suite aux adaptations de surface, quatre écoles primaires innues ont accepté de *mettre en place le matériel initial du programme* (troisième étape du modèle de Kumpfer et al., 2008). Le processus proposé pour l'implantation du programme a été planifié tel que suggéré par les concepteurs de *Système d*.

Afin de *sélectionner, former et superviser les animateurs* du programme (quatrième étape du modèle de Kumpfer et al., 2008), à l'été 2011, six animateurs ont été choisis parmi les étudiants du 1^{er} et du 2^e cycle en psychoéducation à l'Université de Sherbrooke à l'aide d'entrevues de sélection. Ces derniers ont reçu une formation sur le programme initial et ont été attirés à une école parmi les quatre milieux scolaires innus.

Pour *implanter le programme avec fidélité et qualité* (cinquième étape du modèle de Kumpfer et al., 2008), tous les animateurs ont bénéficié, dès leur arrivée dans les communautés innues, à l'automne 2011, d'une supervision pour faciliter l'implantation de la version initiale du programme, à raison d'une rencontre d'une heure aux deux semaines via *Skype* et visioconférence. Un calendrier d'implantation a également été élaboré de façon détaillée.

Enfin, pour permettre d'*effectuer les adaptations culturelles à l'aide de groupes-pilotes* (sixième étape du modèle de Kumpfer et al., 2008), à l'automne 2011, quatre écoles innues ont implanté la version du programme de prévention des dépendances *Système d* ayant été adaptée en surface.

Dans le cadre de la présente étude, nous complétons le processus d'adaptation culturelle du programme *Système d* par la réalisation des étapes sept et huit du modèle de Kumpfer et al. (2008), deux étapes importantes visant à *réviser le matériel du programme* et à *assurer son évaluation habilitative*.

Objectifs de l'étude

Cette étude vise à (1) décrire la révision (adaptations en profondeur) du programme *Système d* (septième étape du modèle de Kumpfer et al., 2008) pour des élèves innus et (2) vérifier si l'adaptation en profondeur de ce programme améliore la fidélité de son implantation (adhérence), comparativement à la version précédente qui a bénéficié d'une adaptation en surface.

MÉTHODOLOGIE

La méthodologie de cette étude s'inspire de la huitième étape du modèle de Kumpfer et al. (2008) étant *d'assurer l'évaluation habilitative du programme (empowerment evaluation)*. Ce type d'évaluation vise l'implication des gens du milieu d'implantation pour procéder à l'adaptation culturelle du programme, et ce, dès le début du processus de recherche. En effet, plusieurs répondants scolaires et communautaires ont été sollicités pour l'adaptation de *Système d*.

Un devis mixte incorporé (*embedded design*) a été utilisé pour répondre aux objectifs de la présente étude (Plano Clark et Creswell, 2011). Alors que le volet qualitatif s'attarde aux suggestions d'adaptations émises par les différents acteurs à

l'égard du programme (étape 7 et 8), le volet quantitatif a été imbriqué à l'étape 7 par la mesure de l'adhérence de son contenu. Si les étapes 1 à 6 du modèle de Kumpfer et al. (2008) ont été réalisées dans quatre écoles innues du Québec, une seule de ces écoles a participé à toutes les étapes du processus d'adaptation de *Système d*. Dans cet article, pour les données qualitatives, il sera question des données recueillies dans cette école. Les données quantitatives seront toutefois utilisées pour l'ensemble des écoles participantes.

Échantillon

Différents acteurs, dont les élèves innus, ont participé au processus d'adaptation du programme. Afin de réviser le matériel de la version initiale du programme ⁷, différents répondants ont été interrogés, soit les animateurs du programme (n=6) ⁸, les intervenants scolaires (n=2), les enseignants (n=2), la direction de l'école (n=1) et les parents d'élèves ayant participé au programme initial (n=9). À l'automne 2012, 28 élèves de 4^e année (n=16) et 5^e années (n=12) du primaire ont participé à la version adaptée du programme *Système d*.

⁷ La version initiale du programme de prévention *Système d* réfère à la version originale ayant été adaptée en surface. Cette adaptation est décrite en introduction.

⁸ Afin de bonifier l'adaptation en profondeur du programme, les six animateurs répartis dans les quatre écoles innues ayant implanté la version initiale du programme ont été consultés.

Déroulement de l'étude et collecte de données

Tout d'abord, la collecte de données auprès des différents répondants du milieu (animateurs, intervenants scolaires, enseignants, direction, parents innus) a été effectuée afin de répondre au premier objectif de l'étude et ainsi réaliser la septième étape du modèle de Kumpfer et al. (2008). Celle-ci visait, dans un premier temps, à recueillir leurs suggestions d'adaptation en profondeur de la version initiale du programme *Système d* ayant été implanté au cours de l'année scolaire. Les données relatives à la satisfaction et aux suggestions d'adaptations ont été collectées par le biais d'entrevues individuelles et de groupes de discussion, effectuées à la fin de l'implantation du programme, ainsi que par la complétion de journaux de bord maison tout au long de son implantation.

Les groupes de discussion ont duré en moyenne 90 minutes. Un premier groupe a été formé afin de discuter avec les animateurs, puis un second afin de discuter avec les enseignants et les intervenants scolaires. Il y a également eu une discussion de groupe de 30 minutes avec les parents innus. Enfin, une entrevue individuelle de 60 minutes a été effectuée auprès de la direction de l'école. Chacun de ces entretiens s'est déroulé à l'école innue concernée et l'enregistrement audio de l'ensemble de la collecte a été assuré. L'animation des groupes de discussion et de l'entrevue a été effectuée par la première auteure de cet article à l'aide d'un guide d'entretien. En effet, pour chacun des entretiens, un guide a été développé et les thèmes ont été adaptés selon chaque catégorie de répondants. Des exemples de thèmes discutés sont : la satisfaction générale à l'égard du programme, les

caractéristiques du programme les plus et les moins appréciées, la satisfaction à l'égard de l'implantation, les activités les plus et les moins appréciées, la participation des enfants et les raisons pouvant expliquer le manque d'adhérence pour l'implantation du contenu.

Les journaux de bord étaient systématiquement complétés par les animateurs et les enseignants suite à l'animation de chacun des ateliers. La portion qualitative de ces journaux a permis de recueillir les commentaires de satisfaction de la part des animateurs et des enseignants pour chaque activité ainsi que les explications relatives aux contenus non réalisés.

Dans un deuxième temps, cette collecte de données a servi à mesurer le score d'adhérence⁹ de l'implantation de la version initiale du programme relativement au second objectif de cette étude. Des journaux de bord ont permis, pour chaque atelier, d'évaluer l'adhérence des activités ainsi que leur utilité, telle que perçue par les répondants. Ces journaux de bord ont été complétés lors de l'implantation de la version initiale et de la version adaptée en profondeur. Pour ce faire, les journaux de bord comportaient des grilles de cotations pour chaque activité prévue. Ces grilles ont permis, d'une part, de quantifier l'utilité perçue de chaque activité en vue d'adapter le contenu du programme et, d'autre part, d'en mesurer l'adhérence. Pour ce faire, les répondants devaient évaluer chaque activité à l'aide d'une échelle de type Likert, selon les options suivantes : l'activité n'a pas été réalisée (0), l'activité a été peu utile ou nuisible (1), l'activité a été utile et a eu un impact positif sur le groupe (2) ou

⁹ L'adhérence constitue l'un des cinq aspects entourant la fidélité d'implantation d'un programme dans un milieu (Dusenbury, Brannigan, Falco et Hansen, 2003). Elle se définit par le degré selon lequel les contenus du programme sont implantés tel que prescrit par le manuel d'implantation.

l'activité a été utile et a eu un impact positif marqué sur le groupe (3). Les scores 1, 2 et 3 ont été combinés afin de permettre l'évaluation de l'adhérence au programme, permettant ainsi de dichotomiser la variable entre les activités réalisées et celles non réalisées.

Analyse des données qualitatives

La méthode de l'analyse de contenu thématique a été utilisée pour traiter les données qualitatives en provenance des groupes de discussion, des entrevues individuelles et des journaux de bord (Paillé et Mucchielli, 2003). Cette méthode a permis d'extraire les données de façon systématique, méthodique et objective (Paillé et Mucchielli, 2003). Les verbatims des entretiens ont été codifiés selon les thèmes à l'étude. Pour les données en provenance des journaux de bord, une analyse documentaire a été effectuée, pour ensuite regrouper les données selon les thèmes (Cellard, 1997). Afin de minimiser les biais, l'ensemble de la codification et des analyses a été effectué par deux étudiants gradués et formés au logiciel N'VIVO10 sous la direction de la première auteure.

Analyse des données quantitatives

L'analyse des grilles d'évaluation des activités en provenance des journaux de bord a permis d'effectuer des statistiques descriptives de base (fréquences, moyennes), afin de traiter les données relatives à l'adhérence de l'implantation du contenu. Pour chaque atelier des versions initiale et adaptée en profondeur du

programme, une proportion d'adhérence d'implantation a été établie (présence ou absence des activités prévues).

RÉSULTATS

Les résultats colligés relativement à l'objectif 1 visant à *réviser le matériel du programme* (septième étape du modèle de Kumpfer et al., 2008) sont présentés sous forme de constats et d'adaptations réalisées. Le tableau 1 permet d'illustrer les adaptations générales effectuées au programme *Système d* à partir du matériel qualitatif recueilli. Afin d'alléger le texte, seules les adaptations apportées aux ateliers 2 et 4 du volet enfants ainsi qu'au volet parent et au PRA sont présentées de manière plus exhaustive.

Tableau 1
Adaptations effectuées au programme *Système d*

Version avec adaptations de surface	Version adaptée en profondeur

Constats généraux et adaptations réalisées

Durée des ateliers. Le manque de temps ou la mauvaise répartition du temps entre les différentes activités à animer dans les ateliers sont relevés par les enseignants et les animateurs, et ce, pour l'ensemble du programme. Considérant une baisse notable de l'attention des enfants après 45 minutes d'animation, une majorité d'enseignants et d'intervenants scolaires soulignent que les ateliers devraient être moins longs, mais plus fréquents.

« Ça a bien marché, mais c'était quand même long les exercices... Des fois, on voyait que les jeunes étaient tannés un peu là... » (animateur)

La durée de chaque atelier du programme a donc été écourtée de 15 minutes. Pour ce faire, certains contenus jugés inutiles par les répondants (majoritairement les activités d'approfondissement) ont été retirés alors que d'autres ont été réorganisés. En effet, un cinquième atelier a été créé afin de couvrir l'ensemble du contenu gardé.

Contenu des ateliers. Tous les enseignants et les animateurs s'entendent pour dire que, malgré les adaptations de surface apportées au programme, plusieurs concepts s'avèrent trop complexes pour les enfants innus et difficiles à transmettre. À titre d'exemple, dans l'atelier 1, les animateurs ont eu de la difficulté à expliquer les influences et l'équilibre de vie aux enfants. Dans l'atelier 3, les notions entourant le stress ont également été difficiles à transmettre aux enfants innus qui n'utilisent pas ce terme au quotidien comme l'illustre la citation suivante :

« Ils ne savaient pas c'était quoi le stress. (...) Ils connaissaient les symptômes ouais, mais pas le mot. » (animateur).

Des enseignants et des intervenants scolaires indiquent que le contenu du programme devrait être traduit en Innu, alors que la direction et les animateurs croient le contraire. Enfin, les parents mentionnent que tous les niveaux scolaires devraient être visés par *Système d*. Cette suggestion a été considérée dans la portion du PRA qui sera discutée ultérieurement.

Pour pallier ces constats, des synonymes en français ou en Innu pour expliquer les concepts plus complexes aux enfants ont été prévus. Puisque les répondants ne s'entendaient pas sur l'utilité de traduire le contenu du programme, celui-ci est demeuré en français. Or, en cas de besoin et tel que suggéré par l'ensemble des répondants, la présence d'un traducteur innu est maintenant suggérée pour aider au besoin, lors de l'animation des ateliers. Si les objectifs de chacun des ateliers sont demeurés les mêmes, certaines activités ont été retirées, alors que des exemples plus spécifiques au quotidien et à la culture des enfants innus ont été ajoutés. En lien avec la complexité de certains concepts, des stratégies pédagogiques permettant d'illustrer le contenu à l'aide d'exemples du quotidien des jeunes et d'illustrations sont suggérées.

Animation des ateliers. L'animation du contenu de certains ateliers, plus spécifiquement celui de l'atelier 3, a nécessité plus de gestion de classe de la part des animateurs et des enseignants. Ces répondants soulèvent le besoin de bouger des

enfants ainsi que leurs difficultés d'attention et de compréhension par rapport au contenu. Les répondants rapportent également que certains élèves s'investissaient moins lorsqu'il était question de sujets plus intimes, tels que les événements de vie stressants. D'une part, les animateurs auraient aimé recevoir plus d'aide de la part des enseignants à titre de coanimateurs. D'autre part, les enseignants trouvent que ce sont plutôt les intervenants scolaires (ex.: éducateur spécialisé) qui devraient coanimer les ateliers avec les animateurs. La citation suivante illustre bien cette ambiguïté relativement à l'animation des ateliers :

« Ben on en avait parlé avec la prof de 5^e année, mais elle a préféré que ça soit nous qui animons pour l'atelier 1... qu'on prenne le devant pour cet atelier-là. Puis, elle n'a jamais vraiment voulu animer finalement... Elle était plus en support après. » (animateur)

Afin d'animer le contenu s'avérant plus sensible pour les participants, tels que les événements de vie stressants, des exemples s'apparentant à la réalité des enfants innus, sans pour autant être trop personnalisés, ont été ajoutés. Des mises en situation propres aux animateurs sont également présentées aux enfants. De plus, des méthodes d'animation plus interactives et des pauses sont suggérées pour maximiser l'attention des enfants. Enfin, la coanimation par un animateur et l'enseignant des groupes-classe a été officialisée dans la version adaptée du programme, et ce, pour l'ensemble du contenu du programme, plutôt que pour certaines parties uniquement.

Adaptations spécifiques aux ateliers - exemple de l'atelier 2

Les adaptations spécifiques à l'atelier 2 sont présentées afin d'illustrer plus en détail le travail réalisé. Cet atelier a été choisi parce qu'il représente bien les enjeux relatifs aux particularités culturelles du milieu d'implantation. Les principales difficultés relevées pour l'atelier 2 sont le manque de temps, la complexité des concepts à animer, la nature des exemples donnés et les effets iatrogènes ayant été observés à la suite de son animation. Les enseignants et des animateurs soulignent d'abord une difficulté de compréhension plus marquée chez les enfants de 4^e année comparativement à ceux de 5^e année. L'activité sur la consommation et les médias a également été perçue comme étant trop longue pour le niveau d'attention des enfants innus. Enfin, les animateurs rapportent que le contenu de cet atelier semble avoir créé des effets iatrogènes. En effet, alors qu'il visait à développer un sens critique chez les enfants face à l'industrie médiatique, certains d'entre eux ont commencé à porter des vêtements griffés à la suite de son animation.

« On n'avait pas réalisé à quel point on avait parlé de Puma dans cet atelier-là. En 4^e année, les jeunes ont vraiment, vraiment accroché là-dessus. (...) Deux semaines après, ils revenaient de Sept-Îles, puis ils avaient tous une casquette ou un chandail Puma! Après cet atelier-là, il y a comme eu une vague de Puma dans l'école. » (animateur)

Par ailleurs, selon eux, certains contenus correspondaient peu aux caractéristiques développementales ou culturelles des enfants. À titre d'exemple, les répondants jugeaient que la portion du contenu sur les publicités d'alcool était également à risque d'effets iatrogènes, surtout chez les participants de 4^e année. Un autre exemple concerne le contenu sur la sensibilisation relativement à la surexposition du corps que les répondants suggèrent de retirer. En effet, ils expliquent qu'au quotidien, ils doivent plutôt encourager les élèves à retirer leurs habits de neige pour se présenter en classe. D'autant plus que les vêtements jugés *sexy* ne constituent pas un enjeu dans l'école concernée.

Dans la version adaptée, comme présentée dans le tableau 2, le contenu de cet atelier est désormais animé de façon plus dirigée lorsque vient le temps d'aborder les contenus jugés à risque d'effets iatrogènes, tel que les thèmes portant sur la publicité. En effet, moins de temps est prévu pour poser certaines questions aux enfants, permettant ainsi aux animateurs de nuancer le contenu davantage, notamment lors de la présentation *PowerPoint* portant sur la consommation et les médias où des produits de consommation sont présentés, et ce, surtout auprès des enfants plus jeunes. Pour le reste du contenu, l'animation est plus interactive, en faisant bouger les enfants de différentes façons lors de l'atelier (utilisation de cartons de votes et de dominos pour expliquer les influences aux enfants, faire écrire les élèves au tableau, prendre une pause). Des exemples plus spécifiques à la réalité culturelle des enfants sont également fournis. À titre d'exemple, lors de la discussion sur les produits de consommation avec les enfants, les marques de vêtements ont été adaptées en fonction de leur réalité et des marques de motoneiges ont substitué des marques

d'automobiles. De plus, les billets de bingo disponibles dans les dépanneurs sont ajoutés aux exemples donnés pour démontrer aux enfants que ce produit de consommation est relativement accessible dans leur quotidien.

Tableau 2
Adaptation de l'atelier 2

Version originale	Version adaptée
Objectif : <ul style="list-style-type: none"> • Amener le jeune à nommer les sources d'influence auxquelles il est exposé. 	
Activités : <ul style="list-style-type: none"> • Les sources d'influence <ul style="list-style-type: none"> ○ Qu'est-ce qui m'influence? ○ Avantages et inconvénients ○ Carte psychologique sur l'alimentation 	Activités : <ul style="list-style-type: none"> • Les sources d'influence <ul style="list-style-type: none"> ○ Qu'est-ce qui m'influence? ○ Avantages et inconvénients ○ Carte psychologique sur l'alimentation
Durée : 60 minutes	Durée : 45 minutes
Bonification de l'animation (version adaptée) : <p><u>Suggestions de stratégies pédagogiques:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de dominos pour expliquer les influences aux jeunes. • Utilisation de cartons de vote pour l'activité <i>Sources d'influence</i>. • Les jeunes sont invités à écrire au tableau. • Faire de courtes pauses/ périodes d'étirements au besoin. <p><u>Exemples pour illustrer le contenu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Billets de bingo cités en exemple pour la consommation. • Marques de produits adaptés à leur réalité culturelle (motoneige) 	

Adaptations spécifiques aux ateliers - exemple de l'atelier 4

L'atelier 4 a été, comme tous les autres ateliers, ponctué par le manque de temps et la complexité de certains concepts abordés. Cet atelier est également critiqué pour la surcharge des concepts théoriques devant être abordés considérant la durée prévue. Une autre particularité associée à cet atelier concerne le manque d'assurance ressenti chez certains animateurs pour aborder la résolution de problèmes. À l'unanimité, les animateurs rapportent que ce concept était difficile à transmettre considérant la réalité culturelle des enfants innus, ainsi que leur capacité de compréhension et d'attention.

Pour couvrir l'ensemble des activités, plus de temps est prévu dans la version adaptée. Comme présenté dans le tableau 3, le contenu de l'atelier 4 a été découpé en deux ateliers de 45 minutes, créant ainsi un cinquième atelier au programme *Système d* adapté en profondeur. Pour faciliter la transmission du contenu lié à la résolution de problème, l'accent est mis davantage sur les techniques de résistance aux pressions négatives. Des éléments du contenu ont également été adaptés à la réalité des enfants innus. À titre d'exemple, une mise en situation relative à l'affirmation de soi illustre un jeune qui offre à un autre de l'accompagner sur le lac gelé alors que cela constitue un danger potentiel.

Tableau 3
Adaptation de l'atelier 4

Version originale	Version adaptée
Objectif : <ul style="list-style-type: none"> • Amener le jeune à appliquer la résolution de problèmes face à une situation de la vie quotidienne. • Amener le jeune à connaître des stratégies pour résister aux influences négatives dans son milieu de vie. 	Objectif : <ul style="list-style-type: none"> • Amener le jeune à appliquer la résolution de problèmes face à une situation de la vie quotidienne. • Amener le jeune à connaître des stratégies pour résister aux influences négatives dans son milieu de vie.
Activités : <ul style="list-style-type: none"> • L'affirmation de soi • Les amis et l'affirmation de soi • La résistance aux pressions négatives <ul style="list-style-type: none"> ○ Techniques de résistance aux pressions 	Activités : <ul style="list-style-type: none"> • L'affirmation de soi • Les amis et l'affirmation de soi • La résistance aux pressions négatives <ul style="list-style-type: none"> ○ Techniques de résistance aux pressions
Durée : 60 minutes	Durée : 45 minutes
Bonification de l'animation : <ul style="list-style-type: none"> • Faire assoir les enfants par terre, en cercle. 	
Atelier 5	
	Objectif : <ul style="list-style-type: none"> • Amener le jeune à connaître des stratégies pour résister aux influences négatives dans son milieu de vie.
	Activités : <ul style="list-style-type: none"> • La résistance aux pressions négatives <ul style="list-style-type: none"> ○ Techniques de résistance aux pressions
	Durée : 45 minutes
Bonification de l'animation : <u>Suggestions de stratégies pédagogiques:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Faire assoir les enfants par terre, en cercle. <u>Exemples pour illustrer le contenu:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Exemples adaptés : «Viens avec nous! On va faire du ski-doo sur le lac gelé!» 	

Adaptations du volet parent

Unanimement, les répondants mentionnent que les communiqués acheminés aux parents par le biais des enfants ne se rendaient généralement pas à la maison.

« (...) ils la mettaient sur la tablette, puis ils partaient sans. Ça restait là deux semaines... Les concierges finissaient par la ramasser. » (animateur)

Un animateur précise également qu'il arrivait que l'enseignant oublie de remettre les communiqués aux enfants avant qu'ils quittent la classe. Les répondants, dont la direction de l'école, indiquent également que certains parents ne parlent pas et ne lisent pas le français. Les animateurs, les enseignants et les intervenants scolaires croient par ailleurs que trop d'informations sont présentes dans les communiqués. Quelques enseignants et intervenants scolaires proposent de traduire les communiqués en Innu, alors que la direction croit qu'il est préférable de le maintenir en français.

Tous les parents innus affirment que les communiqués sont importants et, contrairement aux autres répondants, ils préfèrent avoir plus d'informations que moins. Ils affirment également vouloir être davantage informés sur le programme. Toutefois, seul le tiers d'entre eux confirme avoir lu les communiqués en entier, d'autant plus que presque la moitié d'entre eux mentionne ne jamais avoir reçu de communiqués à la maison tout au long de l'implantation du programme.

Tous les répondants, incluant les parents innus, recommandent d'utiliser la radio communautaire afin de transmettre les informations sur les ateliers du programme. Les animateurs suggèrent aussi de mettre en place quelques rencontres avec les parents au cours de son implantation. Enfin, les parents innus recommandent de les convier à des rencontres concernant le programme et de créer un groupe Facebook pour leur transmettre les principales informations.

Les modifications apportées au volet parent concernent principalement l'adaptation ou l'ajout de médiums pour les rejoindre. Tout d'abord, en ce qui concerne les communiqués écrits, leur contenu est demeuré en français. Leur apparence a toutefois été revisitée afin qu'ils soient plus invitants à lire (images et couleurs). De plus, cinq communiqués radiophoniques ont été ajoutés, afin de présenter le contenu de chaque atelier oralement aux membres de la communauté, en plus de les convier au PRA. Un atelier pratique parent-enfant est également prévu à l'école concernant les techniques de relaxation relatives à l'atelier 3. Un groupe Facebook a aussi été créé. En somme, l'objectif général du volet parent étant d'informer les parents quant au programme s'est élargi à celui d'informer les parents, mais aussi les membres de la communauté.

Adaptations du PRA

En ce qui concerne les PRA présentés à la fin du programme, la majorité des animateurs, des enseignants et des intervenants scolaires mentionnent qu'ils n'ont pas eu lieu à un moment opportun dans le calendrier scolaire (pendant les examens du

Ministère, lors de la semaine de relâche). Ceci aurait nui à l'élaboration des projets ainsi qu'à la présence des parents pour la présentation finale des enfants. Des difficultés ont également été relevées relativement à l'utilisation du téléphone pour convier les parents au PRA. La direction précise effectivement que certains parents n'ont pas de téléphone à la maison. Les animateurs croient que le fait d'impliquer d'autres membres de l'école ou de la communauté dans les PRA serait facilitant. En effet, comme le raconte un animateur, le manque de prise en charge du PRA par des enseignants aurait limité la qualité de certains projets :

*« Moi j'ai eu de la pression vraiment là... J'ai dit à des professeurs que « oui, je vais vous aider ». Il y en a deux que j'ai fait un bon bout avec eux autres là, dont une que tout dû faire finalement. »
(animateur)*

Dans les modifications apportées, compte tenu de l'implication d'enseignants en provenance d'autres niveaux scolaires, le PRA est devenu un projet d'école davantage qu'un projet de classe. Une autre modification concerne les médiums choisis pour informer et convier les parents au PRA. En effet, les communiqués radiophoniques et le groupe Facebook ayant été ajoutés au volet parent seront également utilisés pour convier les parents au PRA.

Adhérence au programme

Le second objectif de notre étude vise à vérifier si l'adaptation en profondeur améliore la fidélité d'implantation du programme, plus précisément l'adhérence. Des scores d'adhérence ont alors été compilés pour l'implantation de chaque atelier ainsi que pour l'ensemble du programme, et ce, autant pour la version initiale que pour la version ayant été adaptée en profondeur.

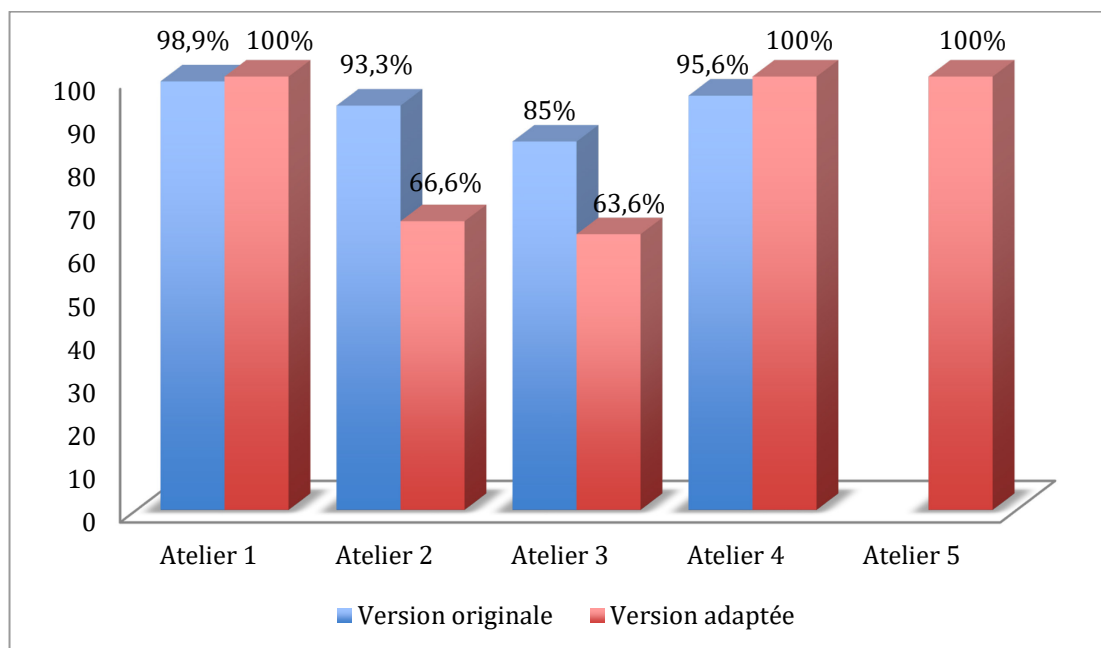


Figure 2. Fidélité d'implantation des versions initiale et adaptée en profondeur du programme *Système d*

Adhérence à la version initiale du programme *Système d*. La version initiale de *Système d*, ayant connu une adaptation de surface, a été implantée selon un score global d'adhérence de 93,2% pour les trois équipes d'animation. Plus précisément, comme il est illustré à la figure 2, les scores moyens d'adhérence pour chaque atelier

sont de 98,9% pour l'atelier 1, 93,3% pour l'atelier 2, 85% pour l'atelier 3 et 95,6% pour l'atelier 4.

Deux équipes d'animation sur trois affirment que les activités d'approfondissement des ateliers 2 et 3 n'ont pas été implantées par les enseignants, et ce, pour la majorité des groupes-classe. Les raisons évoquées sont le manque de temps et de participation des élèves pour celle de l'atelier 2 ainsi que le niveau de difficulté trop élevé, le manque de temps et l'oubli, pour celle de l'atelier 3. Une équipe d'animation rapporte également ne pas avoir animé la conclusion des ateliers prévue à la fin de l'atelier 4, par manque de temps et de participation des élèves.

Adhérence à la version adaptée en profondeur du programme Système d. Le score global d'adhérence de la version adaptée du programme *Système d* est de 86,1%. Plus précisément, comme il est illustré à la figure 2, les ateliers 1, 4 et 5 ont été implantés selon un score d'adhérence de 100%, alors que l'atelier 2 a été implanté selon un score de 66,6% et l'atelier 3 selon un score de 63,6%. Force est de constater que l'adhérence générale de la version adaptée est légèrement inférieure à celle de la version originale et que ce sont les ateliers 2 et 3 qui ont subi la plus importante baisse d'adhérence.

L'équipe d'animation affirme que les deux activités d'approfondissement de l'atelier 2 n'ont pas été implantées par l'enseignant, faute de temps. De plus, la musique relaxante lors de l'introduction de l'atelier 3 n'a pas été utilisée par l'équipe d'animation. La raison évoquée est l'absence d'un membre de l'équipe d'animation pour permettre cette activité. Par ailleurs, les deux dernières activités de ce même atelier, soit le retour avec les enfants et les techniques de relaxation, n'ont pas été

animées, faute de temps. L'activité d'approfondissement de cet atelier n'a pas non plus été réalisée par l'enseignant. Le manque de temps est à nouveau évoqué.

DISCUSSION

En premier lieu, cette étude visait à décrire le processus d'adaptation en profondeur du programme *Système d* pour des élèves innus. Les modifications ont permis d'adapter la durée des ateliers aux capacités d'attention des enfants autochtones, de favoriser une meilleure compréhension des concepts de la part des enfants de la 4^e et la 5^e année ciblés, d'introduire des exemples significatifs à la culture autochtone et de diversifier les méthodes didactiques en introduisant davantage d'activités interactives afin d'augmenter la participation des enfants.

Différentes raisons justifiaient ces modifications. D'abord, il semble que le stade développemental des enfants ait pu affecter leur participation au programme *Système d*. En effet, des difficultés de compréhension ont été observées chez des élèves innus lors de l'animation de certains contenus du programme, et ce, plus particulièrement chez les élèves de la 4^e année. Des effets iatrogènes ont même été observés suite à l'atelier 2. Il importe de rappeler que le programme *Système d* a initialement été conçu pour les élèves de la 6^e année. Le développement de l'enfant étant florissant avant la puberté, il est possible que, non seulement les élèves de la 4^e année et de la 5^e année se distinguent entre eux concernant leurs capacités sociales, affectives et cognitives, mais qu'ils se distinguent également des élèves de la 6^e année (DeHart, Sroufe et Cooper, 2004). Cela pourrait expliquer que les enfants innus ciblés

par le programme semblaient moins aptes à maintenir une attention soutenue et à saisir les nuances des concepts.

Une autre explication de ces difficultés d'attention et de compréhension observées chez les participants pourrait être associée au style d'apprentissage des jeunes innus qui diffère généralement de celui de leurs pairs québécois (Institut Tshakapesh, 2009; Roy, 2006, 2007), pour qui le programme *Système d* a été développé initialement. Les apprenants innus détiennent effectivement des compétences qui sont plus visuelles et kinesthésiques que verbales et logico-mathématiques (Institut Tshakapesh, 2009; Roy, 2006, 2007). Ces apprenants ont ainsi besoin de démonstrations et d'illustrations pour comprendre. De plus, ils se fatiguent plus rapidement face aux consignes verbales trop détaillées. Ainsi, la façon d'apprendre des enfants innus est plutôt sensorielle et simultanée, contrairement à leurs pairs québécois qui, de façon générale, réussissent mieux à l'aide d'un apprentissage séquentiel (Institut Tshakapesh, 2009; Roy, 2006, 2007). Cette différence s'observe notamment par le besoin des enfants innus de percevoir l'ensemble d'un concept d'abord pour l'intégrer, en étant en action par exemple, plutôt que de procéder par étape.

À la suite de l'adaptation en profondeur du programme *Système d*, bien que l'enseignement des compétences soit plus pratique, il demeure que son contenu est, comme la plupart des programmes de prévention, organisé principalement de façon séquentielle, l'atelier 1 étant préalable à l'atelier 2 et ainsi de suite. Le contenu de certains ateliers du programme *Système d* est également structuré de façon séquentielle, comme c'est le cas pour l'atelier 4 où la résolution de problèmes est

enseignée aux enfants par étapes. Il semble donc que *Système d* pourrait bénéficier d'autres adaptations en profondeur afin de correspondre davantage au mode d'apprentissage des enfants innus, en abordant les concepts d'une façon encore plus globale, visuelle et simultanée.

Les commentaires recueillis auprès des différents répondants ont également mené à élargir la visée du programme, afin de le rendre plus accessible aux autres membres de l'école et de la communauté. Ce constat n'est pas surprenant considérant les valeurs d'appartenance communautaire et de responsabilité partagée à l'égard des problèmes vécus dans une communauté chez les Autochtones (Coyhis et Simonelli, 2008; Edwards, Seaman, Drews et Edwards, 1995; Hill et Hill, 1992). L'aspect communautaire est effectivement un incontournable pour la réussite des stratégies préventives en dépendances dans les communautés autochtones, que ce soit sur le plan de la planification, de l'implantation ou de l'évaluation de ces stratégies (Edwards et al., 1995; Thomas, Donovan, Sigo, Austin et Marlatt, 2009).

Bien que *Système d* puisse éventuellement bénéficier d'autres adaptations, les modifications apportées ont possiblement permis à ce programme de répondre davantage aux caractéristiques et aux valeurs de l'école et de la communauté innues ciblées, puisqu'elles proviennent des préoccupations de leurs membres. De plus, bien qu'il n'ait pas été appliqué dans son entièreté, le modèle d'adaptation de Kumpfer et al. (2008) s'est avéré utile pour orienter l'adaptation culturelle de *Système d* d'une façon qui corresponde aux valeurs autochtones de coopération et d'interdépendance (Coyhis et Simonelli, 2008). En effet, ce modèle prévoit l'implantation du matériel initial avec fidélité et qualité pour ensuite procéder à l'évaluation habilitative du

programme à l'aide de répondants en provenance des milieux d'implantation. Toutefois, à la lumière de certains résultats de cette étude (effets iatrogènes, scores d'adhérence plus faibles), force est de constater que l'adaptation culturelle d'un programme devrait idéalement s'échelonner sur plusieurs années, au gré des expérimentations pratiques et empiriques. Il apparaît également essentiel de réaliser l'ensemble des étapes proposées par ce modèle, dont la dernière portant sur l'évaluation de l'efficacité du programme, étape n'ayant pas été réalisée dans le cadre de cette étude. Cette étape pourrait effectivement compléter les résultats obtenus, mais devrait être réalisée une fois l'adaptation terminée.

En second lieu, cette étude visait à vérifier si l'adaptation en profondeur du programme *Système d* améliore la fidélité de son implantation. Les scores d'adhérence relevés pour la version adaptée en profondeur sont révélateurs de certains défis d'implantation présents en milieu scolaire autochtone. En effet, contrairement à l'hypothèse initiale qui stipulait que l'adaptation du programme devait améliorer l'adhérence au programme (Barrera, Castro et Steiker, 2011; Kumpfer et al., 2002), dans la présente étude, l'adhérence de la version adaptée en profondeur s'est avérée moins élevée que celle de la version initiale. L'adaptation d'un programme à la culture d'une population autochtone a effectivement le potentiel de favoriser la qualité de son implantation, dont sa fidélité (Barrera et al., 2011; Kumpfer et al., 2002). Il importe toutefois de nuancer les résultats relatifs à l'adhérence du fait que le score d'adhérence au programme initial a été compilé selon quatre écoles (moyenne) alors que le score d'adhérence au programme adapté en profondeur a été compilé selon une seule école. On ne peut donc pas réellement conclure quant à l'effet de l'adaptation sur

l'adhérence au contenu, car il est possible que des facteurs conjoncturels puissent expliquer les résultats obtenus à certains ateliers. Il demeure que, à la lumière des résultats de cette étude, l'adaptation culturelle d'un programme universel pour une population autochtone apparaît nécessaire pour favoriser la qualité de son implantation, mais insuffisante.

Même lorsqu'un programme est culturellement spécifique à une population autochtone, l'appropriation de ce programme par les répondants du milieu autochtone désigné est indispensable pour que l'implantation soit un succès (Whitbeck, 2006). Cette appropriation implique le leadership et la motivation de la communauté concernée, mais aussi du personnel de l'école où le programme est implanté. À titre d'exemple, bien que les enseignants aient collaboré de façon active à l'évaluation de *Système d*, certains d'entre eux se sont montrés plus réticents lorsqu'est venu le temps d'animer le programme dans leur classe. Il semble ainsi que l'implication de répondants du milieu d'implantation pour l'évaluation et l'adaptation d'un programme ne garantit pas leur engagement à l'égard de celui-ci. En effet, les contenus non implantés pour le programme initial étaient majoritairement ceux dont l'enseignant avait la charge d'animer seul, d'où l'instauration de la coanimation en classe pour l'ensemble du contenu du programme adapté en profondeur. Ces résultats démontrent que les responsables de l'animation d'un programme doivent être suffisamment motivés à son égard (Little, Sussman, Sun et Rohrbach, 2013; Rohrbach, Dent, Skara, Sun et Sussman, 2007).

Visiblement, d'autres éléments doivent être considérés pour assurer une implantation de qualité auprès des populations autochtones, et ce, au-delà de

l'adhérence et de l'adaptation du contenu du programme. Différents aspects doivent effectivement être examinés pour implanter un programme avec qualité (adhérence au contenu, exposition au contenu, qualité de délivrance, réponse des participants, différenciation du programme avec les autres services offerts, portée du programme, supervision des conditions de contrôle et changements apportés au programme) (Durlak, 2010). La fidélité d'implantation constitue ainsi un concept plus large que la simple adhérence au contenu (Dane et Schneider, 1998; Durlak et DuPre, 2008; Dusenbury, Brannigan, Falco et Hansen, 2003) et contribue, à l'aide d'une variété d'autres aspects, à une implantation de qualité (Durlak, 2010).

Il importe donc non seulement de s'attarder à l'aspect quantitatif d'une implantation de programme (adhérence au contenu), mais également à son aspect qualitatif (*comment ça se déroule*) (Durlak, 2010). L'implantation de tout programme nécessite un processus organisationnel soutenu, comme le démontre le *Quality Implementation Framework (QIF)* de Meyers et al., (2012) dont la majorité des étapes prescrites prend place avant même qu'un programme soit implanté. Ainsi, qu'ils soient planifiés ou non, force est d'admettre que les éléments relatifs à ces étapes préliminaires influencent la qualité de l'implantation.

La littérature actuelle démontre de plus en plus l'importance de considérer et d'évaluer l'ensemble du processus entourant l'implantation d'un programme. Pour la population générale, particulièrement en milieu scolaire, il est démontré qu'une multitude de facteurs peuvent entraver l'implantation d'un programme (Dusenbury et al, 2003; Joly, Tourigny et Thibaudeau, 2005; Ringwalt et al., 2003; Rohrbach, Grana, Sussman et Valente, 2006). Des facteurs sont par ailleurs propres aux Nations

autochtones québécoises lorsque des stratégies préventives sont implantées au sein des communautés (Commission de la Santé et des Services Sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, CSSSPNQL, 2009). À titre d'exemple, le roulement de personnel apparaît très important dans différents milieux d'implantation, et ce, pour l'ensemble des Nations autochtones québécoises, ce qui nuit considérablement à l'implantation des activités préventives (CSSSPNLQ, 2009). Les milieux scolaires innus n'échappent malheureusement pas à cette réalité (Institut Tshakapesh, 2009). Or, l'identification des facteurs facilitant ou entravant l'implantation d'un programme de prévention en milieu scolaire autochtone est un champ de recherche encore inexploré au Québec. Dans l'optique d'adapter convenablement les pratiques probantes en prévention des dépendances pour les élèves autochtones québécois, l'identification de tels facteurs est une avenue prometteuse.

Forces et limites de l'étude

Malgré le roulement de personnel reconnu dans plusieurs communautés innues (Institut Tshakapesh, 2009), des gens avec plusieurs années d'expérience en milieu scolaire autochtone ont été interrogés dans le cadre de cette étude, ce qui a bonifié le processus d'adaptation. Bien que cette étude propose l'avancement des connaissances pour l'adaptation des programmes de prévention en dépendance pour les enfants innus et qu'elle comporte des retombées directes pour les milieux scolaires autochtones, elle comporte certaines limites. Premièrement, bien que plusieurs catégories de répondants aient été consultées pour procéder à l'adaptation du programme *Système d*, il aurait été pertinent d'interroger les enfants innus également. Une autre limite concerne le fait qu'une seule école d'une seule Nation autochtone ait participé à l'ensemble du processus d'adaptation. Or, la grande hétérogénéité culturelle parmi les Nations (Dell, Roberts, Kilty, Taylor, Daschuk, Hopkins et Dell, 2012; Moran et Reaman, 2002) ainsi que la disparité géographique entre les communautés autochtones (Whitbeck, Walls et Welch, 2012), représentent des défis d'ordre méthodologique lorsque vient le temps de mener une recherche, pouvant ainsi limiter les retombées possibles. Par ailleurs, les particularités de chaque milieu autochtone doivent être considérées pour déployer des activités préventives adaptées à leur culture (Moran et Reaman, 2002). C'est ainsi que l'adaptation du programme *Système d* a été personnalisée pour une seule école innue.

Une autre limite concerne la mesure partielle de la fidélité d'implantation du programme *Système d* adapté en profondeur. De prochaines études devraient évaluer

la qualité d'implantation du programme en considérant l'adhérence au programme, mais aussi le dosage relativement au contenu implanté, la qualité de délivrance, la réponse des participants et la différenciation du programme par rapport aux autres activités préventives offertes dans l'école (Dusenbury et al., 2003). À titre d'exemple, il aurait été intéressant de nuancer les scores d'adhérence selon le dosage du contenu implanté. En effet, il est possible que des activités aient été implantées sans pour autant être complétées, faute de temps par exemple. Il aurait ainsi été possible de connaître les activités ayant été implantées sommairement et de raffiner le processus d'adaptation du programme en ce sens.

Enfin, maintenant que le programme de prévention *Système d* a été adapté pour une école primaire innue, il serait intéressant, non seulement de répliquer son implantation au sein d'autres écoles autochtones, mais aussi d'en étudier les effets, tel que suggéré à la neuvième étape du modèle de Kumpfer et al. (2008).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Barrera Jr. M., Castro, F. G. et Steiker, L. K. H. (2011). A critical analysis of approaches to the development of preventive interventions for subcultural groups. *American Journal of Community Psychology*, 48(3-4), 439-454.
- Beals, J., Manson, S. M., Mitchell, C. M. et Spicer, P. (2003). Cultural specificity and comparison in psychiatric epidemiology: Walking the tightrope in American Indian research. *Culture, medicine and psychiatry*, 27(3), 259-289.
- Bernal, G. (2006). Intervention development and cultural adaptation research with diverse families. *Family process*, 45(2), 143-151.
- Castro, F. G., Barrera, M. Jr. et Martinez, C. R. Jr. (2004). The cultural adaptation of prevention interventions: Resolving tensions between fidelity and fit. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 5(1), 41-45.
- Cellard, A. (1997). L'analyse documentaire. Dans Poupard, J. et al. *La recherche qualitative* (251-272). *Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal: Gaëtan Morin.
- Coleman, H., Charles, G. et Collins, J. (2001). Inhalant use by Canadian aboriginal youth. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 10(3), 1-20.
- Commission de la Santé et des Services Sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL, 2009). Évaluation de l'implantation des services sociaux de première ligne dans quatre communautés des Premières Nations du Québec. Rapport final - Juin 2009.
- Cook, B. G. et Odom, S. L. (2013). Evidence-based practices and implementation science in special education. *Exceptional Children*, 79(2), 135-144.
- Cotton, J. C. (2009). Initiation précoce aux psychotropes chez les autochtones âgés entre 9 et 12 ans habitant une communauté innue au Québec. Mémoire de maîtrise inédit. Sherbrooke: Université de Sherbrooke.
- Cotton, J. C. et Laventure, M. (2013). Early initiation to cigarettes, alcohol and drugs among Innu preadolescents of Quebec. *The Canadian Journal of Native Studies*, 33(1), 1.

- Coyhis, D. et Simonelli, R. (2008). The native american healing experience. *Substance use & Misuse*, 43(12), 1927-1949.
- Dane, A. V. et Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: are implementation effects out of control? *Clinical psychology review*, 18(1), 23-45.
- DeHart, G., Sroufe, L. A. et Cooper, R. (2004). *Child development: Its nature and course* (5^e éd.). New York, US: McGraw-Hill.
- Dell, C. et Lyons, T. (2007). *Harm reduction and persons of Aboriginal descent*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Dell, C. A., Roberts, G., Kilty, J., Taylor, K., Daschuk, M., Hopkins, C. et Dell, D. (2012). Researching prescription drug misuse among First Nations in Canada: Starting from a health promotion framework. *Substance abuse: research and treatment*, 6, 23.
- Durlak, J. A. (2010). The importance of doing well in whatever you do: A commentary on the special section, "Implementation research in early childhood education". *Early Childhood Research Quarterly*, 25(3), 348-357.
- Durlak, J. (2013). The Importance of Quality Implementation for Research, Practice, and Policy. ASPE Research Brief. *US Department of Health and Human Services*.
- Durlak, J. A. et DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American journal of community psychology*, 41(3-4), 327-350.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M. et Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, 18(2), 237-256.
- Edwards, E. D., Seaman, J. R., Drews, J. et Edwards, M. E. (1995). A community approach for Native American drug and alcohol prevention programs: A logic model framework. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 13(2), 43-62.
- Falicov, C. J. (2009). Commentary: On the wisdom and challenges of culturally attuned treatments for Latinos. *Family process*, 48(2), 292-309.

- Forgues, H., Godin, F., Paquin, P., Paradis, I. et Poulin, C. (2007). *Système d: définir, découvrir, devenir, débrouiller, décider, développer*. Québec: Direction de santé publique de s agences de la santé et des services sociaux de la Montérégie, de Laval et de l'Outaouais.
- Gagnon, H., April, N. et Tessier, S. (2012). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois: meilleures pratiques de prévention*. Montréal, Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Grover, J.G. (2010). Challenges in applying indigenous evaluation practices in mainstream grant programs to indigenous communities. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 23(2), 33-50.
- Grover, J., Cram, F. et Bowman, N. (2007). *Providing meaningful evaluations for prevention projects in indigenous communities*. Presentation at the annual meeting of the American Evaluation Association, Baltimore, MD.
- Halle, T., Metz, A. et Martinez-Beck, I. (2013). *Applying implementation science in early childhood programs and systems*. Paul H. Brookes Publishing Company.
- Hill, A. et Hill, V. (1992). Substance abuse prevention programs for American Indian youth. In *Adolescent Substance Abuse* (p.491-500). Gaithersburg: Aspen Publishers.
- Institut Tshakapesh (2009). Particularités culturelles et linguistiques des élèves innus. *Correspondance*, 15(2). Document téléaccessible à l'adresse <<http://correspo.ccdmd.qc.ca/Corr15-2/Innus.html>>.
- Janosz, M. (2010). *Évaluation de la stratégie d'intervention Agir autrement. Synthèse du rapport final*. Université de Montréal: Groupe de recherche sur les environnements scolaires.
- Joly, J., Tourigny, M. et Thibaudeau, M. (2005). La fidélité d'implantation des programmes de prévention ou d'intervention dans les écoles auprès des élèves en difficulté de comportements. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 8(2), 101-110.
- Kinnon, D. (2002). *Améliorer les programmes et les services destinés aux autochtones en santé de la population, en prévention des maladies et en promotion et protection de la santé*. Recommandations pour les activités de l'ONSA.

- Kumpfer, K. L., Pinyuchon, M., de Melo, A. T. et Henry, O. (2008). Cultural Adaptation Process for International Dissemination of the Strengthening Families Program. *Evaluation and the Health Professions* (31), 226-239.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., Smith, P. et Bellamy, N. (2002). Cultural Sensitivity and Adaptation in Family-Based Prevention Interventions. *Prevention Science*, 3(3), 241-246.
- Laventure, M., Boisvert, K. et Besnard, T. (2010). Programmes de prévention universelle et ciblée de la toxicomanie à l'adolescence: recension des facteurs prédictifs de l'efficacité. *Drogues, santé et société*, 9(1), 121-164.
- Little, M. A., Sussman, S., Sun, P. et Rohrbach, L. A. (2013). The effects of implementation fidelity in the Towards No Drug Abuse dissemination trial. *Health Education*, 113(4), 281-296.
- McKleroy V. S., Galbraith J. S., Cummings B., Jones P., Harshbarger C. et al. (2006). Adapting evidence-based behavioral interventions for new settings and target populations. *AIDS Education and Prevention*. 18(supp), 59-73.
- Meyers, D. C., Durlak, J.A. et Wandersman, A. (2012). The quality implementation framework: A synthesis of critical steps in the implementation process. *American Journal of Community Psychology*, 50(3-4), 462-480.
- Moran, J. R. et Reaman, J. A. (2002). Critical issues for substance abuse prevention targeting American Indian youth. *Journal of Primary Prevention*, 22(3), 201-233.
- Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA, 2008). *Cultural Competency and Safety: A Guide for Health Care Administrators, Providers and Educators*. Ottawa: Ontario.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris : Armand Colin.
- Plano Clark, V. L. et Creswell, J. W. (2011). Designing and conducting mixed methods research. Canada: Sage publications.
- Resnikow, K., Soler, R., Braithwait, R. L., Ahluwalia, J. S. et Butler, J. (2000). Cultural sensitivity in substance abuse prevention. *Journal of Community Psychology*, 28(3), 271– 290.
- Ringwalt, C. et Bliss, K. (2006). The cultural tailoring of a substance use prevention curriculum for American Indian youth. *Journal of Drug Education*, 36(2), 159-177.

- Ringwalt, C. L., Ennett, S., Johnson, R., Rohrbach, L. A., Simons-Rudolph, A., Vincus, A. et Thorne, J. (2003). Factors associated with fidelity to substance use prevention curriculum guides in the nation's middle schools. *Health Education & Behavior*, 30(3), 375-391.
- Rohrbach, L. A., Dent, C. W., Skara, S., Sun, P. et Sussman, S. (2007). Fidelity of implementation in Project Towards No Drug Abuse (TND): A comparison of classroom teachers and program specialists. *Prevention Science*, 8(2), 125-132.
- Rohrbach, L. A., Grana, R., Sussman, S. et Valente, T. W. (2006). TYPE II translation transporting prevention interventions from research to real-world settings. *Evaluation & the Health Professions*, 29(3), 302-333.
- Roy, N. (2006). Profil de l'élève innu. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.tshakapesh.ca/fr/recherche-et-developpement_52/>.
- Roy, N. (2007). Un psychoéducateur averti en vaut deux ! : Intervenir en milieu scolaire autochtone Innu. *Magazine en pratique. Exercice professionnel de la psychoéducation*, 7, 15-18.
- Skaff, M. M., Chesla, C. A., Mycude, V. D. et Fisher, L. (2002). Lessons in cultural competence: Adapting research methodology for Latino participants. *Journal of Community Psychology*, 30(3), 305-323.
- Thomas, L. R., Donovan, D. M., Sigo, R. L., Austin, L., Alan Marlatt, G. and The Suquamish Tribe (2009). The community pulling together: a tribal community-university partnership project to reduce substance abuse and promote good health in a reservation tribal community. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 8(3), 283-300.
- Unger, J. B., Soto, C. et Thomas, N. (2008). Translation of health programs for american indians in the united states. *Evaluation & the Health Professions*, 31(2), 124-144.
- Whitbeck, L. B. (2006). Some guiding assumptions and a theoretical model for developing culturally specific preventions with Native American people. *Journal of Community Psychology*, 34(2), 183-192.
- Whitbeck, L. B., Walls, M. L. et Welch, M. L. (2012). Substance abuse prevention in American Indian and Alaska Native communities. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 38(5), 428-435.
- Wingood, G. M. et DiClemente, R. J. (2008). The ADAPT-IT model: a novel method of adapting evidence-based HIV Interventions. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 47, 40-46.

QUATRIÈME CHAPITRE

DISCUSSION GÉNÉRALE

Conformément aux directives de la Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke pour la rédaction des thèses de doctorat par articles, la discussion générale met en évidence la contribution des deux articles sur le plan de l'avancement des connaissances scientifiques et de l'intervention. Cette contribution est présentée selon la thématique du doctorat en psychoéducation, soit les difficultés de comportement et l'intervention psychoéducative. Les limites de la thèse dans son ensemble seront également exposées et des recommandations pour les études futures seront proposées. Si certains des aspects présentés dans ce quatrième chapitre ont déjà été présentés dans chacun des articles, ils seront abordés ici dans une perspective plus globale.

L'objectif général de cette thèse était d'expérimenter un processus d'adaptation culturelle d'un programme de prévention des dépendances pour des élèves autochtones d'âge scolaire primaire du Québec à l'aide du modèle de Kumpfer et al. (2008). Dans un premier temps, il visait à identifier les facteurs facilitant ou entravant l'implantation de la version initiale du programme *Système d* auprès d'élèves d'une école primaire innue du Québec, pour ensuite illustrer le processus d'adaptation culturelle en profondeur de ce programme au sein de cette même école, incluant les modifications apportées et, finalement, vérifier si cette adaptation améliore la fidélité d'implantation du programme en ce qui a trait à l'adhérence au contenu.

Cet objectif général trouve sa pertinence sociale du fait que les jeunes innus tendent à s'initier tôt aux psychotropes, c'est-à-dire avant la puberté pour certains, soit vers 9 ans (cigarette, alcool) et vers 10 ans (cannabis) (Cotton et Laventure, 2013), justifiant ainsi l'implantation de mesures préventives adaptées dès l'âge scolaire primaire. Or, selon une revue de la littérature, au Québec, aucun programme de

prévention des dépendances, prometteur ou probant, n'avait été adapté aux caractéristiques culturelles des élèves autochtones d'âge scolaire primaire, d'autant plus que l'implantation de programmes de prévention dans un contexte scolaire autochtone ne semblait pas avoir été rigoureusement évaluée. Ainsi, non seulement peu de programmes prometteurs ou probants étaient appropriés pour la réalité culturelle des populations autochtones, mais peu d'études exposant le processus d'adaptation culturelle de ces programmes étaient présentes dans la littérature (Novins et al., 2011).

Les deux études réalisées dans le cadre de cette thèse ont été menées auprès d'une population d'élèves de la 4^e et de la 5^e année du primaire en provenance d'une même école innue du Québec. L'intérêt porté à une seule communauté d'une seule Nation autochtone est justifié par l'hétérogénéité du contexte culturel et écologique souvent observée entre les sous-groupes d'une même culture (Castro et al., 2010). En effet, il est recommandé lors de l'adaptation d'un programme de prévention, de considérer les spécificités relatives à chaque milieu autochtone pour déployer des activités préventives réellement adaptées à la culture (Moran et Reaman, 2002). L'évaluation de l'implantation du programme à l'aide d'un groupe-pilote, telle que prescrite par le modèle d'adaptation culturelle de Kumpfer et al. (2008), a permis d'identifier les facteurs facilitant et entravant l'implantation qui sont spécifiques à l'école concernée. L'identification de ces facteurs, orientée par le modèle d'action de Chen (2015), a permis de cibler les éléments devant être modifiés afin de procéder à une adaptation du programme qui corresponde à la population et au milieu d'implantation ciblés. Les limites au chapitre de la généralisation des résultats seront discutées ultérieurement.

Ces deux études ont été réalisées selon un processus collaboratif d'évaluation (Horowitz, Robinson et Seifer, 2009) impliquant différents répondants du milieu scolaire concerné (enseignants, intervenants, direction scolaire), du milieu communautaire (parents), des agents externes à la communauté (animateurs) et des

évaluateurs du milieu universitaire. Cette façon de faire, recommandée auprès des populations autochtones (Richards et Mousseau, 2012), a permis d'impliquer les acteurs-clé du milieu communautaire autochtone, en partenariat avec les agents externes et les chercheurs, afin de déployer des pratiques préventives plus pertinentes et durables pour les élèves innus désignés.

Les résultats présentés dans cette thèse sont, à notre connaissance, les premiers à identifier les facteurs facilitant ou entravant l'implantation d'un programme de prévention des dépendances en milieu scolaire autochtone au Québec. Il en est de même pour l'expérimentation d'un processus d'adaptation culturelle d'un tel programme pour des élèves autochtones d'âge scolaire primaire du Québec.

1. LES FACTEURS AYANT FACILITÉ ET ENTRAVÉ L'IMPLANTATION

Dans un premier temps, les entretiens menés auprès des divers répondants ont permis d'identifier les facteurs facilitant et entravant l'implantation de la version initiale du programme *Système d* auprès des élèves innus de l'école ciblée, facteurs ayant inspiré l'adaptation en profondeur du programme. Tout d'abord, concernant le *milieu d'implantation*, c'est principalement le manque de disponibilité des membres du personnel scolaire qui a entravé l'implantation de *Système d* dans l'école ciblée. Ce fut le cas notamment lorsqu'est venu le temps pour les animateurs de les former au programme, engendrant ainsi plusieurs ajustements d'ordre logistique. En contrepartie, c'est la formation au programme, offerte aux animateurs puis aux acteurs-clés du milieu scolaire et communautaire, qui a facilité son implantation. Le manque de disponibilité du personnel scolaire pour être formé au programme (Rohrbach, D'Onofrio, Backer et Montgomery, 1996) ainsi que pour mettre en place les mesures préventives dans leur classe (Ringwalt et al., 2003) n'est pas un constat nouveau dans la littérature entourant la population générale. Le manque de temps et de formation pour implanter les mesures préventives en dépendance sont également relevés chez les intervenants qui œuvrent dans les communautés autochtones

québécoises (CSSSPNQL, 2009). Or, la formation au programme et la supervision des personnes qui l'implantent sont des facteurs déterminants de la qualité de son implantation (Crosse et al., 2011; Dusenbury et al., 2003; Payne et Eckert, 2010).

En ce qui concerne le *protocole d'intervention*, plusieurs facteurs entravant l'implantation ont été relevés, tels que le manque de temps pour couvrir le contenu, la complexité de certains concepts et les barrières relatives à la langue et à la culture entre les animateurs et les élèves innus. Or, c'est essentiellement l'adaptation du protocole d'intervention du programme en cours d'animation qui a permis de contrer ces obstacles. De plus, les modalités d'animation en groupe-classe, déjà prévues par le programme, ont grandement facilité la mise en place du protocole auprès de tous les élèves ciblés. Ces résultats appuient la pertinence de déployer des programmes de prévention dans les milieux scolaires, permettant de rejoindre plus aisément la population ciblée par ces derniers (CCLAT, 2010a; CSSSPNQL, 2009). Ce constat est d'autant plus intéressant que de nombreux facteurs entravants ont été relevés relativement à la prise de contact entre les animateurs et les différents partenaires du milieu communautaire, dont les parents innus (barrières langagières, culturelles et techniques), comme c'est le cas également dans d'autres communautés autochtones du Canada (Dell et al., 2007) et des États-Unis (Novins et al., 2011; Legha et Novins, 2012). Ainsi, malgré certains facteurs entravants inhérents au milieu scolaire, celui-ci s'avère être un lieu de prévention favorable pour rejoindre les jeunes autochtones (Lee, Conigrave, Clough, Wallace, Silins et Rawles, 2008).

Relativement aux *personnes qui implantent le programme*, malgré l'unanimité des animateurs relativement aux effets bénéfiques de l'implication des enseignants lors de l'animation des ateliers, la fatigue et la démotivation de certains d'entre eux ainsi que leur sentiment de ne pas être assez compétents pour coanimer, ont entravé l'implantation. Les capacités de résolution de problèmes et de travail en équipe des animateurs et des enseignants ont toutefois permis d'amoindrir ces facteurs entravants. Il en est de même pour la supervision et la préparation des animateurs, qui

ont facilité l'implantation (Crosse et al., 2011; Dusenbury et al., 2003; Payne et Eckert, 2010). Il est possible de croire que le fait de prévoir une période où les enseignants observent la mise en place du programme par des spécialistes leur aurait permis de se mobiliser davantage par la suite (Rohrbach, English, Hansen et Johnson, 2000). La formation au programme devrait donc inclure des opportunités où les personnes qui implantent puissent se pratiquer, leur permettant ainsi de s'approprier davantage le programme et d'augmenter leur sentiment de compétence pour l'animer (Rohrbach, Dent, Skara, Sun et Sussman, 2007). Par ailleurs, il est démontré que des enseignants motivés et bien formés peuvent implanter un programme de prévention avec autant de compétence et d'impact sur la population ciblée que d'autres professionnels (Gottfredson et Wilson, 2003; Rohrbach et al., 2007; Tobler et Stratton, 1997).

En ce qui a trait aux *partenaires de l'organisation et de la communauté*, les barrières langagières, culturelles et techniques ont complexifié la prise de contact entre les animateurs et ces derniers (Novins et al., 2011; Legha et Novins, 2012). Malgré un système de traduction mis en place lors des échanges, des difficultés relatives à la communication ont subsisté. En effet, il était difficile pour les animateurs de statuer sur le degré d'adéquation de cette traduction. En contrepartie, la diversité des stratégies communicationnelles utilisées pour rejoindre les différents partenaires du milieu communautaire a permis de pallier certaines de ces barrières. Il a alors été possible de constater à quel point il est judicieux de saisir les opportunités déjà présentes dans le milieu scolaire et communautaire pour entrer en contact avec les partenaires, dont les parents innus, comme ce fut le cas lors de la remise des bulletins à l'école et durant les communications radiophoniques communautaires (Curran et al., 2005). De surcroît, l'implication d'acteurs-clés en provenance de la communauté, tels que des membres du Conseil de bande et des personnes connaissant bien la communauté, apportait une crédibilité supplémentaire à l'implantation du programme de prévention, en plus de faciliter la prise de contact avec les autres partenaires. Dans les communautés autochtones québécoises, il est reconnu que le fait

que des mesures préventives soient implantées par des personnes non autochtones et externes à la communauté peut entraver leur réussite (CSSSPNQL, 2009), d'où la pertinence de faire équipe avec des gens qui connaissent bien les mœurs communautaires. Comme la présente étude le démontre, au-delà des caractéristiques culturelles et de la provenance des personnes qui implantent un programme en milieu autochtone, leurs aptitudes personnelles, telles que leur capacité à faire preuve de souplesse, à résoudre des problèmes et à travailler en équipe, pourraient avoir un impact encore plus important sur la mobilisation des différents acteurs-clés (Laquer, 1998; Legha et Novins, 2012).

Concernant le *contexte écologique*, ce sont principalement des facteurs entravants qui ont été relevés, notamment en lien avec l'isolement géographique de la communauté. Aussi, le fait que les animateurs du programme représentaient des agents externes à cette communauté (CSSSPNLQ, 2009) semble avoir contribué aux divergences dans les repères socio-politiques et culturels entre les animateurs et les acteurs-clés du milieu communautaire innu. À titre d'exemple, l'application inconstante de la loi anti-tabac sur le terrain de l'école a été relevée uniquement par les animateurs comme facteur ayant entravé l'implantation du programme. Or, pour que des stratégies préventives implantées en milieu scolaire soient efficaces, celles-ci doivent idéalement s'accompagner de stratégies plus vastes à l'échelle collective, dans le but de consolider les acquis des jeunes dans d'autres contextes de vie (familles, communauté, établissements de loisirs, médias) (CCLAT, 2010a; CSSSPNQL, 2009). Lorsque les différents partenaires du contexte écologique entourant les jeunes, dont l'école, vont dans le même sens que l'approche et les méthodes préconisées par un programme, les mesures préventives risquent alors d'avoir un impact plus significatif sur eux (CCLAT, 2010a; CSSSPNQL, 2009).

Enfin, le principal facteur relatif à la *population ciblée* ayant entravé l'implantation du programme semble être attribuable au stade développemental des élèves plus jeunes et au caractère plus intime de certains thèmes soulevés lors des

animations. Ici encore, l'adaptation du programme en cours d'implantation, incluant l'ajout de stratégies pédagogiques adaptées, a permis de contrecarrer la plupart de ces obstacles et ainsi faciliter son animation auprès des élèves innus. L'utilisation de méthodes pédagogiques visuelles et interactives semble avoir augmenté l'intérêt des élèves ainsi que leur attention portée au programme. Considérant le fait que les Autochtones présentent généralement un style cognitif global, également nommé holistique (Hilberg, Tharp et DeGeest, 2000; Roy, 2006, 2007), la réponse positive des élèves à ces méthodes pédagogiques n'est pas surprenante. En effet, ce style d'apprentissage est davantage mis à profit lorsque des éléments visuels, des démonstrations et des mises en situation sont déployés (Hilberg et al., 2000; Pewewardy, 2002; Roy, 2006, 2007). Il est toutefois possible que ce soit avant tout la structure et le contenu du programme, ayant initialement été développé pour des élèves plus vieux, qui a affecté la réponse des participants autochtones à celui-ci. Ainsi, indépendamment des caractéristiques culturelles, si les enfants innus tendent à s'initier aux psychotropes à un âge plus précoce que ceux de la population générale, le programme de prévention doit être adapté à leur stade développemental, en s'attardant, par exemple, à la durée des ateliers et à l'accessibilité des concepts délivrés (Gagnon et al., 2012; Kumpfer et al., 2002; Laventure et al., 2010; Raghupathy et Forth, 2012).

En somme, si certains des facteurs facilitant ou entravant l'implantation d'un programme (formation au programme, aptitudes des personnes qui implantent) sont également observés en milieu scolaire non autochtone, d'autres facteurs (implication de membres du Conseil de bande, barrières de la langue et de la culture) sont plus spécifiques au contexte communautaire autochtone. Les résultats obtenus dans cette étude concourent à démontrer que le contexte écologique et culturel des communautés autochtones influent sur l'implantation d'un programme de prévention en milieu scolaire (Brown, Fortune et Packard, 1993; Laquer, 1998; Lee et al., 2008; Nielsen, 1995; Schacht, 1991; Selvey, 1997). L'identification de tels facteurs a le potentiel d'optimiser l'adaptation culturelle des programmes de prévention dans les

écoles autochtones, puisqu'elle permet de mieux cibler les modifications à apporter au programme (Chen, 2015; Kumpfer et al., 2008; Lee et al., 2008).

2. L'ADAPTATION CULTURELLE DU PROGRAMME

Orientée par l'identification des différents facteurs facilitant et entravant l'implantation, l'adaptation du programme *Système d* a constitué l'étape subséquente de cette thèse. Il est d'ailleurs reconnu que cette étape devrait être considérée lors de l'implantation de tout programme (Durlak et DuPre, 2008; Durlak, 2010; Meyers, Durlak et Wandersman, 2012a; Meyers, Katz, Chien, Wandersman, Scaccia et Wright, 2012b). En effet, comme le suggère le *Quality Implementation Framework* (QIF) développé par Meyers et al., (2012a), dès la phase initiale visant à prévoir l'implantation d'un programme dans un milieu, une décision doit être prise relativement au fait de l'adapter ou non. Le modèle d'adaptation culturelle proposé par Kumpfer et al. (2008), ayant été choisi pour cette thèse, a permis de proposer une méthode pour adapter le programme de prévention universel *Système d*.

Il faut souligner que, préalablement à l'étude des facteurs facilitant ou entravant l'implantation du programme et son adaptation en profondeur, des adaptations de surface avaient déjà été apportées au programme de prévention. Ces modifications concernaient l'âge de la population ciblée par le programme ainsi que certaines références relatives aux médias. Ces modifications préliminaires ont permis que la version initiale de *Système d* corresponde minimalement aux besoins en terme de prévention des dépendances chez les élèves innus ainsi qu'à leurs références culturelles.

Puis, dans le cadre de l'adaptation culturelle en profondeur du programme, des modifications ont été apportées. Les principales adaptations concernent la restructuration du protocole d'intervention de *Système d* par la réduction de la durée des ateliers et l'ajout d'un cinquième atelier au programme ainsi que d'un volet

communautaire, la diversification des méthodes pédagogiques (visuelles, kinesthésiques) utilisées pour présenter les concepts aux élèves et l'intégration de références culturelles autochtones dans le contenu du programme. Ces adaptations visaient donc l'adéquation de la durée des ateliers aux capacités d'attention des élèves, une meilleure compréhension des concepts par ces derniers et l'introduction d'éléments significatifs à la culture autochtone dans le contenu du programme.

Il est à noter que des adaptations spontanées ont également été apportées au protocole d'intervention de *Système d* en cours d'implantation, relativement à son contenu (ajouts d'exemples de la vie quotidienne des participants, traduction des concepts-clés en innu avec l'aide des enfants) et aux stratégies pédagogiques proposées (improviser des jeux de rôles entre les animateurs, faire bouger les participants, effectuer des retours à la fin des ateliers). Tel qu'observé suite à ces adaptations spontanées, il est possible de supposer que, par la suite, les adaptations en profondeur ont également favoriser la participation des élèves innus au programme (Castro et al., 2004; Kumpfer et al., 2002).

3. L'ADHÉRENCE AU CONTENU DU PROGRAMME

Que les modifications apportées à un programme soient prévues ou non, leur documentation est primordiale quand vient le temps d'évaluer son implantation (Durlak et DuPre, 2008; Durlak, 2010; Meyers et al., 2012*b*). L'implantation peut effectivement varier de la stricte adhérence aux changements majeurs effectués dans le protocole d'intervention d'un programme (Durlak, 2013). Ainsi, de pair avec l'identification des facteurs facilitant ou entravant l'implantation de *Système d*, les éléments n'ayant pas été implantés tel que prévu ont été documentés, comme le suggèrent certains auteurs (Durlak et DuPre, 2008; Durlak, 2010; Meyers et al., 2012*b*), ce qui a permis d'alimenter le processus d'adaptation du programme. L'adhérence au contenu, étudiée tout au long de l'implantation des versions initiale et

adaptée du programme *Système d*, a ainsi pu être comparée avant et après l'adaptation du programme.

Il est démontré que l'adaptation d'un programme peut favoriser la qualité de son implantation, dont la fidélité de sa version adaptée (Meyers et al., 2012*b*). Or, contrairement à l'hypothèse initiale, dans la présente étude, l'adaptation culturelle du programme de prévention *Système d* n'a pas permis d'améliorer l'adhérence au contenu de la version adaptée en profondeur comparativement à celle adaptée en surface. En effet, les scores d'adhérence au contenu se sont avérés être plus faibles pour la seconde version du programme. Ce constat inattendu peut toutefois être attribuable à différentes raisons.

Une première explication réside dans la façon de conceptualiser et de mesurer la fidélité d'implantation. Dans la littérature, le concept de fidélité d'implantation va bien au-delà de la simple adhérence au contenu d'un programme (Dane et Schneider, 1998; Durlak et DuPre, 2008; Dusenbury et al., 2003). D'autant plus que la fidélité d'implantation contribue, à l'aide d'une variété d'autres aspects (tels que la qualité de délivrance et la réponse des participants), à une implantation de qualité (Durlak, 2010). Une autre explication concerne la durée du processus d'adaptation culturelle. En effet, il est possible que le processus d'adaptation expérimenté dans cette étude eut bénéficié de révisions supplémentaires, afin de rendre celui-ci encore plus satisfaisant pour les différents acteurs impliqués ainsi que les élèves innus (Kumpfer et al., 2008) et, par le fait même, d'augmenter la fidélité de son implantation dans l'école concernée (Chen, 2015). Une collaboration plus échelonnée dans le temps entre les chercheurs, les acteurs-clés du milieu scolaire, ainsi que ceux du milieu communautaire, serait favorable en ce sens, surtout dans un contexte d'adaptation culturelle où plusieurs remaniements du programme ont lieu (Whitbeck, 2006).

4. CONSTATS GÉNÉRAUX DE LA THÈSE

Le premier constat qui se dégage de cette thèse concerne la pertinence de procéder à l'adaptation des programmes de prévention pour des jeunes autochtones, considérant les différents facteurs entravants relevés en cours d'implantation, dont certains sont spécifiques au contexte culturel autochtone (Castro et al., 2010; Gilbert et Sims, 2013; Kumpfer et al., 2008; McKleroy et al., 2006). Même si des auteurs croient qu'il est préférable de développer entièrement le contenu des programmes à partir des points de vue des acteurs-clés (Okamoto et al., 2014), dans la présente étude, l'adaptation d'un programme déjà existant a été préférée. Cette approche, consistant à adapter des programmes prometteurs ou probants, s'est avérée moins onéreuse en terme de temps et de ressources financières, en plus de permettre l'implication active des acteurs-clés en provenance du milieu autochtone (Holleran Steiker et al., 2008; Okamoto, Helm, McClain et Dinson, 2012). Cette dernière approche, lorsque bien orchestrée, est pertinente dans le contexte ciblé et permet de relever les nombreux défis associés à l'implantation des programmes (Chino et DeBruyn, 2006; Dell et al., 2012; Grover, 2010; Grover et al., 2007; McKennitt, 2007; Raghupathy et Forth, 2012; Whitbeck et al., 2012; Moodie, 2010; Kumpfer et al., 2008). Dans le cadre de cette thèse, plusieurs facteurs identifiés comme ayant entravé l'implantation de la version initiale de *Système d* ont été résolus à travers le processus d'adaptation. Ainsi, les adaptations apportées au programme ont permis de répondre davantage aux besoins des élèves innus, en plus de faciliter l'implantation.

Un second constat concerne la pertinence d'adapter le contenu en cours d'implantation, et ce, même si cela ne correspond pas aux standards attendus en terme de fidélité (adhérence au contenu) (Durlak, 2010; Legha et Novins, 2012; Meyers et al., 2012a). Les résultats de cette thèse démontrent que les adaptations spontanées effectuées par les animateurs et les enseignants en cours d'implantation, bien qu'ayant affecté l'adhérence au contenu de la version adaptée du programme, ont favorisé la mobilisation des enseignants et des élèves. Il est d'ailleurs possible que la

fidélité d'implantation du programme, notamment en ce qui concerne l'adhérence au contenu, eut été améliorée si l'expérimentation s'était poursuivie sur une période prolongée, les acteurs-clés ayant besoin de temps pour s'approprier un programme (Chen, 2015). Il a effectivement été maintes fois démontré que la fidélité d'implantation augmente lorsque les enseignants sont confortables avec le contenu et les méthodes d'un programme (Ringwalt et al., 2003; Rohrbach et al., 1993; Mihalic, Fagan et Argamaso, 2008).

Un troisième constat concerne l'influence de la confrontation des valeurs autochtones et occidentales sur l'implantation d'un programme de prévention. En effet, des obstacles d'ordre culturel et langagier ont été observés entre les différents partenaires autochtones et les agents externes à la communauté (les animateurs) lors de l'adaptation et l'implantation du programme *Système d.* Selon Whitbeck et al. (2012), afin de faciliter la collaboration entre les chercheurs occidentaux et les Autochtones, la prochaine étape pour la science préventive basée sur la culture serait d'orienter plus concrètement l'intégration des sciences occidentales avec les savoirs culturels des populations désignées. Adoptée par l'Institut de recherche en santé du Canada pour la recherche chez les Autochtones et développée par Bartlett, Marshall et Marshall (2012), l'approche *Two-Eyed Seeing* (à double perspective) est intéressante en ce sens. Elle vise à unir le meilleur des systèmes autochtone et occidental dans une quête commune des pratiques probantes, malgré les différences fondamentales dans leurs valeurs et leurs origines (Castellano, 2000; Gouvernement du Canada, 2012; Rowan et al., 2015). Les connaissances autochtones découlent généralement d'enseignements traditionnels et d'observations empiriques, transmises de façon holistique (Castellano, 2000). Pour leur part, les connaissances occidentales sont majoritairement acquises selon des méthodes positivistes privilégiant l'objectivité, la linéarité, la hiérarchie et les évidences (Fornssler, McKenzie, Dell, Laliberte et Hopkins, 2014; Rowan et al., 2015). Le fait de mettre en commun de façon égalitaire ces deux systèmes de connaissances apporterait une perspective plus enrichissante en recherche, favorisant par le fait même un espace d'échanges entre les

Autochtones et les non autochtones (Ermine, Sinclair et Jeffery, 2004; Fornssler et al., 2014; Gouvernement du Canada, 2012; Mila-Schaaf et Hudson, 2014; Rowan et al., 2015). L'approche à double perspective peut être déployée de différentes façons à travers les étapes d'une recherche, de la revue de la littérature à la discussion des résultats, en passant par la collecte et l'analyse des données (Hall, Dell, Fornssler, Hopkins, Mushquash et Rowan, 2015; Rowan et al., 2015). À titre d'exemple, une collecte de données pourrait prendre la forme d'un cercle d'échanges animé par des Autochtones de la communauté participante, en compagnie du chercheur. Cette façon de faire permettrait d'intégrer les forces des perspectives tant autochtones qu'occidentales vers des objectifs communs de recherche (Hall et al., 2015). Cette façon de faire permet également de rendre la recherche plus significative aux yeux des différents acteurs impliqués (Hall et al., 2015).

À la lumière de la littérature et des résultats de cette thèse, il est possible de faire l'hypothèse que des éléments autres que l'adhérence et l'adaptation du contenu d'un programme de prévention doivent être considérés pour assurer une implantation de qualité auprès des populations autochtones. Une implantation de qualité se définit comme étant la mise en place d'un programme selon les standards nécessaires à l'atteinte des résultats escomptés (Meyers et al., 2012a). Alors que le concept de *fidélité* peut être perçu comme relevant uniquement des personnes qui implantent, celui de *qualité* implique une responsabilité partagée de la part d'une multitude d'acteurs-clés, dont les développeurs du programme, les représentants des milieux et les personnes qui implantent (Wandersman et al., 2008; Meyers et al., 2012a, 2012b; Durlak, 2013). Cette implantation de qualité est atteinte grâce à la planification d'étapes coordonnées et concertées, impliquant diverses activités et compétences, dont l'adaptation du programme (Durlak, 2013; Meyers et al., 2012a). Ainsi, dans le cadre de cette thèse, il aurait été souhaitable de bénéficier de plus de temps, afin d'optimiser encore davantage les collaborations entre les chercheurs et les acteurs du milieu autochtone. Cet ajout de temps aurait probablement facilité l'implication de

toutes les parties ainsi que leur appropriation du programme de prévention *Système d'adapté* (Durlak, 2013; Hall et al., 2015).

5. LIMITES DE LA THÈSE

La thèse comporte certaines limites. Une première limite concerne la généralisation des résultats, notamment en ce qui a trait aux différents facteurs facilitant et entravant l'implantation du programme ayant orientés son adaptation culturelle. Bien que la thèse se démarque par l'intérêt qu'elle porte aux spécificités culturelles et communautaires d'une école, celle-ci n'a pas été entièrement répliquée dans d'autres milieux scolaires innus. Ce choix était justifié par la dispersion géographique des communautés de la Nation innue. Cette Nation constitue effectivement l'une des nations autochtones les plus dispersées sur le plan géographique au Québec¹⁰, ce qui rend difficile la recherche à grande échelle (Whitbeck et al., 2012). Cet éparpillement géographique des Nations et des communautés autochtones peut d'ailleurs entraîner une hétérogénéité culturelle entre celles-ci (Whitbeck, 2006; Whitbeck et al., 2012). Alors que les approches préventives ciblant les Autochtones peuvent être conçues plus largement, les programmes, eux, doivent être adaptés de façon plus personnalisée au contexte communautaire autochtone (Whitbeck et al., 2012). Pour adapter convenablement les programmes, il est donc suggéré de procéder Nation par Nation, et parfois même, communauté par communauté (Whitbeck, 2006).

Une deuxième limite concerne le fait que les enfants innus n'ont pas été directement considérés lors de l'évaluation et de l'adaptation culturelle du programme de prévention. Bien que plusieurs acteurs significatifs entourant les élèves innus ayant participé au programme aient été interrogés, notamment quant à leurs perceptions de la participation et de l'intérêt de ces derniers envers le programme, il aurait été

¹⁰ Selon la carte des Nations autochtones téléaccessible sur le *Site du Secrétariat aux affaires autochtones du Québec* à l'adresse <<http://www.saa.gouv.qc.ca/nations/cartes/carte-8x11.pdf>>. Consulté le 18 février 2016.

pertinent de considérer directement le point de vue des élèves. À titre d'exemple, l'animation d'un groupe de discussion auprès de ces derniers ou l'utilisation de grilles de satisfaction auraient pu permettre d'identifier d'autres modifications pertinentes à apporter au programme (Okamoto et al., 2012).

Une troisième limite concerne la durée restreinte du processus d'adaptation culturelle. Il est possible de croire que le programme *Système d* aurait bénéficié de révisions supplémentaires. De plus, en raison de l'importance accordée à l'adaptation du programme et à l'évaluation de son implantation, les effets escomptés sur la population ciblée n'ont pas été mesurés. En effet, tel que suggéré par Kumpfer et al. (2008), non seulement il aurait été pertinent de procéder à plusieurs révisions du programme afin que celui-ci soit adapté de façon optimale à la population ciblée, mais ces révisions devraient idéalement être complétées par l'évaluation de l'efficacité du programme (Chen, 2015).

Une quatrième limite concerne la mesure de la fidélité d'implantation du programme, cette dernière ayant été faite en fonction de l'adhérence au contenu uniquement. En effet, tel que discuté précédemment, en plus de l'adhérence au contenu d'un programme, la fidélité de son implantation doit être évaluée de façon beaucoup plus large (Dane et Schneider, 1998; Durlak et DuPre, 2008; Dusenbury et al., 2003), en considérant différents éléments inhérents à la qualité générale de l'implantation (Durlak, 2010; Meyers et al., 2012a). Les aspects suivants devraient effectivement être considérés lorsque vient le temps d'évaluer l'implantation d'un programme: l'adhérence au contenu, l'exposition au contenu, la qualité de délivrance, la réponse des participants, la différenciation du programme avec les autres services offerts, la portée du programme, la supervision des conditions de contrôle et les modifications apportées au programme (Dane et Schneider, 1998; Dusenbury et al., 2003; Durlak, 2010; Durlak et DuPre, 2008).

6. RETOMBÉES POUR LES PSYCHOÉDUCATEURS

En dépit de ces limites, les résultats de cette thèse sur l'adaptation culturelle d'un programme de prévention des dépendances en milieu scolaire innu comportent des retombées intéressantes pour l'intervention psychoéducative auprès des jeunes autochtones. Le milieu scolaire est actuellement le secteur de pratique le plus représenté chez les membres de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ)¹¹. Il représente donc un lieu privilégié d'interventions psychoéducatives et de prévention par le système déjà en place, ainsi que par l'accès facilité aux jeunes, dont les élèves autochtones (CNPC, 2009; Gouvernement du Québec, 2003; Fagan et Mihalic, 2003). Au fil de la dernière décennie, l'apport du psychoéducateur¹² dans les différents milieux de la pratique s'est raffiné. En effet, avec l'avènement du *Profil des compétences générales des psychoéducateurs* (2010), du *Guide d'évaluation psychoéducative* (2008), mais aussi, depuis l'adoption du Projet de loi n°21 (Assemblée Nationale, 2009, chapitre 8), le mandat de ce professionnel s'est précisé, notamment en ce qui a trait à l'évaluation. Ainsi, l'évaluation des interventions mises en place, est, plus que jamais, au cœur des pratiques des psychoéducateurs. Par ailleurs, selon le profil des compétences générales, le psychoéducateur doit être en mesure de déterminer un plan ou un programme d'intervention, préventif ou réadaptatif, pour la clientèle avec laquelle il s'implique et d'en assurer l'évaluation (OPPQ, 2010). Par leurs compétences à bien sélectionner, animer et évaluer différentes activités, les psychoéducateurs jouent un rôle privilégié dans la prévention de différentes problématiques chez les élèves autochtones, dont les dépendances.

L'ensemble des résultats obtenus dans cette thèse permettent de sensibiliser les différents praticiens des milieux scolaires autochtones, dont les psychoéducateurs, sur l'importance de sélectionner, implanter et adapter avec soin des programmes afin de

¹¹ Données téléaccessibles sur le Site de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ) à l'adresse : <http://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/Rapport_annuel_2013-2014.ashx?la=fr>. Consulté le 8 mars 2016.

¹² Dans ce document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte.

prévenir adéquatement les dépendances auprès des jeunes autochtones. Les impacts d'une mauvaise implantation ou adaptation d'un programme peuvent être coûteuse sur le plan des résultats escomptés, se traduisant notamment par des effets iatrogènes (Botvin et Griffin, 2007; Craplet, 2006; Sohn, 2000; Werch et Owen, 2002). De tels effets ont par ailleurs été observés dans le cadre de cette thèse, lorsque le thème de la consommation et des médias a été abordé avec les élèves innus, laissant ainsi croire que des révisions supplémentaires pour l'adaptation du programme seraient bénéfiques (Kumpfer et al., 2008).

Les résultats de cette thèse indiquent que les psychoéducateurs œuvrant auprès d'une clientèle autochtone doivent être prudents lorsque vient le temps de choisir et d'implanter un nouveau programme de prévention en milieu scolaire. Non seulement le choix du programme doit être fait consciencieusement, mais, lors de l'implantation, l'implication d'acteurs-clés connaissant bien la culture autochtone doit être favorisée (Hall et al., 2015). Le choix d'un programme de prévention de type multimodal permettra d'impliquer les différentes personnes touchées par la problématique tels que les partenaires du milieu scolaire, les jeunes eux-mêmes et leurs parents (Gagnon et al., 2012; Laventure et al., 2010).

Le psychoéducateur doit également tenir compte des différents facteurs pouvant potentiellement faciliter ou entraver l'implantation lors de la sélection du programme et de sa mise en place (Chen, 2015). À titre d'exemple, le psychoéducateur doit s'assurer qu'une formation initiale et continue complète soit offerte aux partenaires qui participeront à l'implantation, tels que les enseignants et les autres professionnels du milieu scolaire (Durlak, 2013). De plus, les résultats de cette thèse quant au manque d'assurance des enseignants ainsi qu'aux effets bénéfiques du travail d'équipe, appuient l'importance que cette formation comporte un volet pratique qui implique la coanimation. Cet ajout à la formation, en plus d'augmenter l'assurance des enseignants, permettrait sans doute de mieux les préparer aux éventuels facteurs entravant l'implantation et l'animation du programme.

(Blase et Fixsen, 2013; Durlak, 2010, 2013; Dusenbury, Brannigan, Hansen, Walsh et Falco, 2005).

Pour respecter les critères d'efficacité d'un programme de prévention tout en adaptant celui-ci aux réalités culturelles de la population ciblée, les psychoéducateurs sont incités à allier rigueur et souplesse lors de son implantation (Castro et al., 2010). Une attention toute particulière doit être portée aux risques d'effets iatrogènes chez les jeunes autochtones, surtout si le programme de prévention désigné n'a pas été adapté à leurs caractéristiques développementales ou culturelles (Renaud, O'Loughlin et Dery, 2003). L'utilisation de modèles théoriques reconnus pour implanter et adapter le programme permettra une démarche rigoureuse (Chen, 2015; Kumpfer et al., 2008).

Enfin, dans l'optique d'implanter et adapter un programme de prévention avec qualité et rigueur dans un milieu scolaire autochtone, il serait pertinent que le psychoéducateur prévoit l'évaluation et la supervision de son implantation comme parties intégrantes du processus d'implantation (Meyers et al., 2012a, 2012b; Durlak, 2013). Le fait de prévoir et d'organiser ce processus conjointement avec un ou des Autochtone(s) de la communauté et/ou de l'école concernée, tel que proposé par l'approche à double perspective, serait un atout indéniable pour le psychoéducateur. En effet, cette façon de faire favorise des collaborations plus respectueuses et durables en milieu autochtone (Dell et al., 2015; Hall et al., 2015).

7. RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION

Considérant le peu d'études ayant examiné l'adaptation culturelle de programmes probants ou prometteurs en prévention des dépendances ainsi que l'évaluation de leur implantation en contexte scolaire autochtone québécois, les résultats obtenus dans cette thèse devront faire l'objet d'autres recherches au sein d'autres écoles innues ainsi que d'autres Nations autochtones. Les différences et les

similitudes dans les facteurs qui facilitent ou entravent l'implantation de ces programmes se doivent d'être approfondies d'une communauté et d'une Nation autochtone à une autre. L'approfondissement de ces connaissances scientifiques permettra d'adapter des programmes de prévention à plus d'une école autochtone.

Considérant que l'approche à double perspective a encore été peu exploitée dans le domaine scientifique (Bartlett et al., 2012), il serait bénéfique d'étudier sa pertinence dans le cadre de recherches menées auprès des populations autochtones (Rowan et al., 2015), notamment dans le cadre de l'adaptation culturelle des programmes désignés pour prévenir les dépendances dans les écoles autochtones. En effet, pour qu'un programme de prévention ciblant une population autochtone soit valable, tant sur le plan culturel que scientifique, il importe que les Autochtones et les chercheurs travaillent en partenariat (Richards et Mousseau, 2012). De façon complémentaire, l'utilisation d'un modèle reconnu pour orienter l'implantation des programmes de prévention peut s'avérer être une façon intéressante de soutenir ce partenariat, en alliant l'adaptation culturelle et la qualité d'implantation de tels programmes (Meyers et al., 2012*a*, 2012*b*).

Comme le suggère le modèle de Kohls (Kulich, 2008), dans les recherches futures, dans l'optique d'assurer la pertinence culturelle d'un programme pour une population autochtone, son adaptation devrait tenir compte des caractéristiques culturelles explicites (langue, traditions, symboles) et implicites (valeurs, mode d'apprentissage, rapport au temps) de cette population.

En conclusion, l'utilisation d'un processus collaboratif (Horowitz et al., 2009; Richards et Mousseau, 2012) impliquant à la fois des acteurs en provenance du milieu communautaire autochtone et du milieu universitaire semble non seulement pertinente, mais essentielle à l'implantation fructueuse d'un programme de prévention en milieu autochtone (Castellano, 2000; Ermine et al, 2014; Fornssler et al., 2014; Gouvernement du Canada, 2012; Mila-Schaaf et Hudson, 2014; Rowan et

al., 2015). Pour ce faire, l'utilisation de modèles réputés favorise une collaboration alliant souplesse et structure dans le respect des divergences culturelles (Chen, 2015; Durlak et DuPre, 2008; Durlak, 2010; Meyers et al., 2012*a*, 2012*b*; Kumpfer et al., 2008). Enfin, dans cette optique, il importe de prévoir suffisamment de temps afin de construire un partenariat de qualité entre les chercheurs et les acteurs-clés du milieu autochtone (Chino et DeBruyn, 2006; George et al., 2007; Moodie, 2010).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adlaf, E. M., Paglia, A., Ivis, F. et Ialomiteanu, A. (1999). Non medical drug use among adolescent students: highlights from the 1999 Ontario Student Drug Use Survey. *Canadian Medical Association Journal*, 162(12), 1677-1681.
- Alain, M. et Dessureault, D. (2009). Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale. Presses de l'Université du Québec.
- Alkin, M. C. et Christie, C. A. (2004). An evaluation theory tree. *Evaluation roots: Tracing theorists' views and influences* (p. 12-65). Thousand Oakes : SAGES Publications.
- American Psychiatric Association (APA, 2005). DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième version. Texte révisé. Masson Éditeur, 2005, 1065 p.
- Barrera, M. et Castro, F. G. (2006). A heuristic framework for the cultural adaptation of interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(4), 311-316.
- Barrera Jr. M., Castro, F. G. et Holleran Steiker, L. K. H. (2011). A critical analysis of approaches to the development of preventive interventions for subcultural groups. *American Journal of Community Psychology*, 48(3-4), 439-454.
- Bartlett C., Marshall M. et Marshall A. (2012). Two-eyed seeing and other lessons learned within a co-learning journey of bringing together Indigenous and mainstream knowledges and ways of knowing. *Journal of Environmental Studies and Sciences*, 2(4), 331-340.
- Ben Amar, M. et Léonard, L. (2002). Introduction à la pharmacologie et à la toxicomanie. In L. Léonard et M. Ben Amar (dir.), *Les psychotropes: pharmacologies et toxicomanie*. (p. 5-17). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bentler, P. M., Newcomb, M. D. et Zimmermman, M. A. (2002). Cigarette use and drug use progression: growth trajectory and lagged effects hypotheses. In D.B. Kandel (ed.). *Stages and pathway of drug involvement: Examining the Gateway Hypothesis*. (223-253). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bernal, G. (2006). Intervention development and cultural adaptation research with diverse families. *Family process*, 45(2), 143-151.
- Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I. et Domenech Rodriguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 361.

- Biglan, A., Mrazek, P. J., Carnine, D. et Flay, B. R. (2003). The integration of research and practice in the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist*, 58(6-7), 433.
- Blase, K. et Fixsen, D. (2013). Core Intervention Components: Identifying and Operationalizing What Makes Programs Work. ASPE Research Brief. *US Department of Health and Human Services*.
- Bond, L. A. et Hauf, A. M. C. (2007). Community-based collaboration: An overarching best practice in prevention. *The Counseling Psychologist*, 35(4), 567-575.
- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu, S. et Botvin, E. M. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a 3-Year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(4), 437-446.
- Botvin, G. J. et Griffin, K. W. (2007). School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry*, 19(6), 607-615.
- Brisson, P. (2010). Prévention des toxicomanies: aspects théoriques et méthodologiques. Les Presses de l'Université de Montréal: Éditions Paramètres. 304 p.
- Brown, M. M., Fortune, J. C. et Packard, A. L. (1993). *External Evaluation of the Mississippi Band of Choctaw Indians' OSAP High Risk Youth Demonstration Program, Year Two*. Communication présentée dans le cadre du Annual Meeting of the Mid-South Educational Research Association, New Orleans, Los Angeles, 10-12 novembre.
- Castellano, M. B. (2000). Updating Aboriginal traditions of knowledge. *Indigenous knowledges in global contexts: Multiple readings of our world*, 21-36.
- Castro, F. G. (1998). Cultural competence training in clinical psychology: Assessment, clinical intervention, and research. In A.S. Bellack et M. Hersen (dir.), *Comprehensive Clinical Psychology: Sociocultural and Individual Differences* (p. 127-140). Pergamon: Oxford.
- Castro, F. G., Barrera, M. Jr. et Martinez, C. R. Jr. (2004). The cultural adaptation of prevention interventions: Resolving tensions between fidelity and fit. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 5(1), 41-45.
- Castro, F. G., Barrera, M. Jr. et Holleran Steiker, L.K. (2010). Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 213-239.

- Catalano, R. F., Oxford, M. L. et Harachi, T. W. (1999). A test of the social development model to predict problem behaviour during the elementary school period. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 9(1), 39-56.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT, 2010a). *Consolider nos forces. Normes canadiennes de prévention de l'abus de substances en milieu scolaire. Un guide pour les intervenants en santé et en éducation (version 2.0)*. Ontario: Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT, 2010b). *L'union fait la force : Normes canadiennes de prévention de l'abus de substances en milieu communautaire*. Ottawa (Ontario) : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT, 2011). *Développer nos habiletés: Lignes directrices canadiennes pour les programmes de prévention de l'abus de substances axés sur les habiletés familiales*. Ottawa (Ontario) : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT, 2013). Quand les troubles de santé mentale et l'abus de substances se rencontrent. Comprendre, prévenir, cerner et traiter les problèmes de santé mentale et d'abus de substances chez les jeunes, Ottawa: CCLT. 8 p.
- Centre national de prévention du crime, CNPC (2009). La prévention de l'abus de drogues en milieu scolaire: des programmes prometteurs et efficaces. Sécurité publique Canada.
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A. P. et Denis, J. (2009). L'analyse de l'implantation. *L'évaluation: Concepts et méthodes*, 225-250.
- Chen, H. T. (1990). *Theory-driven evaluations*. Newbury Park, CA: Sage.
- Chen, H. T. (2005). *Practical Program Evaluation: Assessing and Improving Planning, Implementation and Effectiveness*. SAGE Publications, 304 p.
- Chen, H. T. (2015). *Practical program evaluation: Theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective*. SAGE Publications.
- Chino, M. et DeBruyn, L. (2006). Building true capacity: Indigenous models for indigenous communities. *American Journal of Public Health*, 96(4), 596-599.
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., Ebesutani, C. E., Young, J., Becker, K. D., Nakamura, B. J., Phillips, L., Hersherberger, A. M., Stumpf, R., Trent, L., Smith, R., Okamura, K. H. et Starace, N. K. (2011). Evidence-based treatments for children and adolescents: An updated review of indicators of efficacy and effectiveness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 154-172.

- Cinq-Mars, M. et Fortin, D. (1999). Perspectives épistémologiques et cadre conceptuel pour l'évaluation de l'implantation d'une action concertée. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 14(2), 57-83.
- Clark, D. B., Cornelius, J. R., Kirisci, L. et Tarter, R. E. (2005). Childhood risk categories for adolescent substance involvement: a general liability typology. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 13-21.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie, CPLT (1996). *Recension critique des programmes de prévention des toxicomanies axés sur la famille*. Gouvernement du Québec.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie, CPLT (2002). *Drogues. Savoir plus, risquer moins* (Édition québécoise). Montréal: Les Éditions internationales Alain Stanké.
- Commission de la Santé et des Services Sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL, 2009). Évaluation de l'implantation des services sociaux de première ligne dans quatre communautés des Premières Nations du Québec. Rapport final. Juin 2009.
- Cook, B. G. et Cook, S. C. (2011). Unraveling evidence-based practices in special education. *Journal of Special Education*. Document téléaccessible à l'adresse <<http://dx.doi.org/10.1177/0022466911420877>>.
- Cotton, J. C. (2009). Initiation précoce aux psychotropes chez les autochtones âgés entre 9 et 12 ans habitant une communauté innue au Québec. Mémoire de maîtrise inédit. Sherbrooke: Université de Sherbrooke.
- Cotton, J. C. et Laventure, M. (2013). Early initiation to cigarettes, alcohol and drugs among Innu preadolescents of Quebec. *The Canadian Journal of Native Studies*, 33(1), 1.
- Coyhis, D. et Simonelli, R. (2008). The native american healing experience. *Substance use & Misuse*, 43(12), 1927-1949.
- Craplet, M. (2006). La prévention mise à la question: éducation ou contrôle? *Alcoologie et addictologie*, 28(4), 337-346.
- Crosse, S., Williams, B., Hagen, C. A., Harmon, M., Ristow, L., DiGaetano, R., ... et Derzon, J. H. (2011). Prevalence and Implementation Fidelity of Research-Based Prevention Programs in Public Schools. Final Report. *Office of Planning, Evaluation and Policy Development, US Department of Education*.
- Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addictive Behaviors*, 27, 1009-1023.

- Curran, S., Gittelsohn, J., Anliker, J., Ethelbah, B., Blake, K., Sharma, S. et Caballero, B. (2005). Process evaluation of a store-based environmental obesity intervention on two American Indian Reservations. *Health Education Research*, 20(6), 719-729.
- Dane, A. V. et Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: are implementation effects out of control? *Clinical psychology review*, 18(1), 23-45.
- Dell, C. A. (2012). Honouring our Strengths: Culture as intervention in addictions treatment.
- Dell, C. A., Roberts, G., Kilty, J., Taylor, K., Daschuk, M., Hopkins, C. et Dell, D. (2012). Researching prescription drug misuse among First Nations in Canada: Starting from a health promotion framework. *Substance abuse: research and treatment*, 6, 23.
- Dickerson, D. L. et Johnson, C. L. (2011). Design of a behavioral health program for urban american Indian/Alaska native youths: A community informed approach. *Journal of Psychoactive Drugs*, 43(4), 337-342.
- Dobson, D. et Cook, T. J. (1980). Avoiding type III error in program evaluation: Results from a field experiment. *Evaluation and Program Planning*, 3(4), 269-276.
- Domitrovich, C. E., Bradshaw, C. P., Poduska, J. M., Hoagwood, K., Buckley, J. A., Olin, S., Hunter Romanelli, L., Leaf, P. J., Greenberg, M. T. et Ialongo, N. S. (2008). Maximizing the implementation quality of evidence-based preventive interventions in schools: A conceptual framework. *Advances in School Mental Health Promotion*, 1(3), 6-28.
- Donaldson, S. I. (2003). *Theory-driven program evaluation in the new millennium*. In S.I. Donaldson et M. Scriven (dir.), *Evaluating Social Programs and Problems: Visions for the New Millenium* (p. 109-141). Thousand Oaks, Sage Publications.
- Drapeau, L. (2011). *Les langues autochtones du Québec*. PUQ.
- Dryfoos, J. G. (1990). *Adolescents at Risk: Prevalence and Prevention*. Oxford University Press Inc. 288 p.
- Dumas, J., Lynch, A.M., Laughlin, J. E., Smith, E. P. et Prinz, R. J. (2001). Promoting intervention fidelity. Conceptual issues, methods, and preliminary results from the Early Alliance prevention trial. *American Journal of Preventive Medecine*, 20(1), 38-47.

- Dumont, J. (2014). *National Native Addictions Partnership Foundation, Honouring Our Strengths: Indigenous Culture as Intervention in Addictions Treatment Project*. University of Saskatchewan.
- Durlak, J. A. (1998). Why implementation is important. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 17, 5-18.
- Durlak, J. A. (2010). The importance of doing well in whatever you do: A commentary on the special section, "Implementation research in early childhood education". *Early Childhood Research Quarterly*, 25(3), 348-357.
- Durlak, J. (2013). The Importance of Quality Implementation for Research, Practice, and Policy. ASPE Research Brief. *US Department of Health and Human Services*.
- Durlak, J. A. et DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American journal of community psychology*, 41(3-4), 327-350.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Hansen, W. B., Walsh, J. et Falco, M. (2005). Quality of implementation: Developing measures crucial to understanding the diffusion of preventive interventions. *Health Education Research*, 20(3), 308-313.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M. et Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, 18(2), 237-256.
- Ermine, W., Sinclair, R. et Jeffery, B. (2004). *The ethics of research involving Indigenous peoples*. Indigenous Peoples' Health Research Centre.
- Fagan, A. A. et Mihalic, S. F. (2003). Strategies for enhancing the adoption of school-based prevention programs: Lessons learned from the Blueprints for Violence Prevention Replications of the Life Skills Training Program. *Journal of Community Psychology*, 31, 235- 253.
- Falicov, C. J. (2009). Commentary: On the wisdom and challenges of culturally attuned treatments for Latinos. *Family process*, 48(2), 292-309.
- First Nations Addictions Advisory Panel, FNAAP (2010). *Honouring our strengths: A renewed framework to address substance abuse issues among First Nations people in Canada*.

- Forgues, H., Godin, F., Paquin, P., Paradis, I., et Poulin, C. (2007). *Système d : définir, découvrir, devenir, débrouiller, décider, développer. Activités de développement des compétences en milieu scolaire pour la prévention des toxicomanies et de l'usage des jeux de hasard et d'argent dans le cadre de la transition du primaire au secondaire*. Québec : Direction de santé publique de s agences de la santé et des services sociaux de la Montérégie, de Laval et de l'Outaouais.
- Fornssler, B., McKenzie, H. A., Dell, C. A., Laliberte, L. et Hopkins, C. (2014). "I Got to Know Them in a New Way" Relating Rhizomes and Community-Based Knowledge (Brokers') Transformation of Western and Indigenous Knowledge. *Cultural Studies Critical Methodologies*, 14(2), 179-193.
- Fraser, J. et Vitaro, F. (1995). Les programmes de prévention des toxicomanies chez les jeunes: une recension critique des écrits. *Science et comportement*, 24(1), 1-30.
- Gagnon, H., April, N. et Tessier, S. (2012). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois: meilleures pratiques de prévention*. Montréal, Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- George, M. A., Masotti, P., MacLeod, S., Van Bibber, M., Loock, C., Fleming, M., et al. (2007). Bridging the research gap: Aboriginal and academic collaboration in FASD prevention. The Healthy Communities, Mothers, and Children Project. Aboriginal and academic collaboration in FASD prevention. *Alaska Medicine*, 49(2), 139-141.
- Gilbert, D. J. et Sims, G. H. (2013). Working with First Nations students and families. In C. Franklin, M. B. Harris, P. Allen-Meares, C. Franklin, M. B. Harris, P. Allen-Meares (Eds.), *The school services sourcebook: A guide for school-based professionals (2nd ed.)* (pp. 775-783). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Gottfredson, D.C. et Wilson, D.B. (2003). Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Prevention Science*, 4(1), 27-38.
- Gouvernement du Canada (2012). *Nouvelles sur la recherche en santé des Autochtones*. Canada : Instituts de recherche en santé du Canada.
- Gouvernement du Québec (2003). *Deux réseaux, un objectif: le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*.
- Gouvernement du Québec. (2006). *Unis dans l'action. Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 80 p.

- Griner, D. et Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 43(4), 531.
- Grover, J. G. (2010). Challenges in applying indigenous evaluation practices in mainstream grant programs to indigenous communities. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 23(2), 33-50.
- Grover, J., Cram, F. et Bowman, N. (2007). *Providing meaningful evaluations for prevention projects in indigenous communities*. Presentation at the annual meeting of the American Evaluation Association, Baltimore, MD.
- Halle, T., Metz, A. et Martinez-Beck, I. (2013) Applying implementation science in early childhood programs and systems. Baltimore, Md: Paul H Brooks.
- Hall, L., Dell, C. A., Fornssler, B., Hopkins, C., Mushquash, C. et Rowan, M. (2015). Research as cultural renewal: Applying two-eyed seeing in a research project about cultural interventions in First Nations addictions treatment. *International Indigenous Policy Journal*, 6(2), 4.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N., Jones, P. et Stockwell, T. (2002). *Prevention of Psychoactive Substance Use. A Selected Review of What Works in the Area of Prevention*. Genève: Organisation mondiale de la santé, 277 p.
- Hennessy, E. A. et Tanner-Smith, E. E. (2015). Effectiveness of brief school-based interventions for adolescents: A meta-analysis of alcohol use prevention programs. *Prevention Science*, 16(3), 463-474.
- Hilberg, R. S., Tharp, R. G. et DeGeest, L. (2000). The Efficacy of CREDE's Standards-based Instruction in American Indian Mathematics Classes. *Equity & Excellence in Education*, 33(2), 32-40.
- Hill, A. et Hill, V. (1992). Substance abuse prevention programs for American Indian youth. *Adolescent Substance Abuse: Etiology, Treatment, and Prevention*. (p. 491-500). Gaithersburg: Aspen.
- Holleran Steiker, L. K., Castro, F.G., Kumpfer, K., Marsiglia, F. F., Coard, S. et Hopson, L. M. (2008). A dialogue regarding cultural adaptation of interventions. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 8(1), 154-162.
- Hopfer, S., Shin, Y., Davis, D., Elek, E., Kam, J. A. et Hecht, M. L. (2010). A review of elementary school-based substance use prevention programs: Identifying program attributes. *Journal of Drug Education*, 40(1), 11-36.
- Horowitz, C. R., Robinson, M. et Seifer, S. (2009). Community-based participatory research from the margin to the mainstream are researchers prepared? *Circulation*, 119(19), 2633-2642.

- Huey Jr. S. J. et Polo, A. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for ethnic minority youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 262-301.
- Hunt, G. P. (1994). Ethnography and the pursuit of culture: The use of ethnography in evaluating the community partnership program. *Journal of Community Psychology*.
- Institut Culturel et Éducatif Montagnais, ICEM (2004). *Étude de nature quantitative sur la situation de jeunes innus inscrits à une école de leur communauté*. Rapport de recherche produit par la firme Sogémap Inc. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.icem.ca/documents/Rapport>>.
- Janosz, M. (2010). *Évaluation de la stratégie d'intervention Agir autrement. Synthèse du rapport final*. Université de Montréal : Groupe de recherche sur les environnements scolaires (GRES).
- Joly, J., Tourigny, M. et Thibaudeau, M. (2005). La fidélité d'implantation des programmes de prévention ou d'intervention dans les écoles auprès des élèves en difficulté de comportements. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 8(2), 101-110.
- Kaminer, Y. et Bukstein, O. G. (1998). Adolescent substance abuse. In R.J. Frances et S. Miller. *Clinical textbook of addictive disorders*. (346-373). New York, US: The Guilford Press.
- Kaminer, Y. et Tarter, R. E. (2004). Adolescent substance abuse. In M. Galanter (dir.) et H.D. Kleber (dir.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (p. 505-517). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Kaplow, J. B., Curran, P. J. et Dodge K. A. (2002). Child, parent, and peer predictors of early-onset substance use: A multisite longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(3), 199-216.
- Kulich, S. J. (2008). Getting the big picture on Chinese values: Developing approaches to study the shifting core of Chinese culture. *Intercultural Communication Studies*, 17(2), 15-30.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., Smith, P. et Bellamy, N. (2002). Cultural Sensitivity and Adaptation in Family-Based Prevention Interventions. *Prevention Science*, 3(3), 241-246.
- Kumpfer, K. L., Pinyuchon, M., de Melo, A. T. et Henry, O. (2008). Cultural Adaptation Process for International Dissemination of the Strengthening Families Program. *Evaluation and the Health Professions* (31), 226-239.

- Kuperman, S., Chan, G.R., Kramer, J., Bierut, L. K., Bucholz, K., Fox, L., Hesselbrock, V. I., Numberger, J., Reich, T., Reich, W. A. et Schuckit, M. (2005). Relationship of age of first drink to child behavioural problems and family psychopathology. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 29(10), 1869-1876.
- Lambert, N. (2005). The contribution of childhood ADHD, conduct problems, and stimulant treatment to adolescent and adult tobacco and psychoactive substance abuse. *Ethical Human Psychology and Psychiatry: An International Journal of Critical Inquiry*, 7(3), 197-221.
- Landry, M., Guyon, L., Bergeron, J. et Provost, G. (2002). Évaluation de la toxicomanie chez les adolescents développement et validation d'un instrument. *Alcoolologie et addictologie*, 24(1), 7-13.
- Laquer, B. (1998). The Nee-kon Project: Designing and Implementing Prevention Strategies for Young Native American Children. In J. Valentine, J. A. De Jong et N. J. Kennedy, eds. *Substance Abuse Prevention in Multicultural Communities*, 1998, The Haworth Press, Inc.
- Larose, F., Bourque, J., Terrisse, B. et Kurtness, J. (2001). La résilience scolaire comme indice d'acculturation chez les autochtones: bilan de recherches en milieux innus. *Revue des sciences de l'éducation*, 27(1), 151-180.
- Lauricella, M., Valdez, J. K., Okamoto, S. K., Helm, S. et Zaremba, C. (2016). Culturally Grounded Prevention for Minority Youth Populations: A Systematic Review of the Literature. *The journal of primary prevention*, 1-22.
- Laventure, M., Boisvert, K. et Besnard, T. (2010). Programmes de prévention universelle et ciblée de la toxicomanie à l'adolescence: recension des facteurs prédictifs de l'efficacité. *Drogues, santé et société*, 9(1), 121-164.
- Laventure, M., Déry, M. et Pauzé, R. (2008). Profils de consommation d'adolescents, arçons et filles, desservis par des centres jeunesse. *Drogues, santé et société*, 7(2), 9-45.
- Lee, K. S., Conigrave, K. M., Clough, A. R., Wallace, C., Silins, E. et Rawles, J. (2008). Evaluation of a community-driven preventive youth initiative in Arnhem Land, Northern Territory, Australia. *Drug and Alcohol Review*, 27, 75-82.
- Legha, R. K. et Novins, D. (2012). The role of culture in substance abuse treatment programs for American Indian and Alaska Native communities. *Psychiatric Services*.
- Le Moigne, P. (2008). La dépendance aux médicaments psychotropes. De la psychopharmacologie aux usages. *Drogues, santé et société*, 7(1), p. 57-88.

- MacNeil, P. et Webster, I. (1997). Enquête canadienne de 1994 sur l'alcool et les autres drogues: analyse des résultats. Ottawa : Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance.
- McKennitt, D. (2007). A smoking Prevention Program for Aboriginal Youth. *First Peoples Child and Family Review*, 3(2), 52-55.
- McKleroy V. S., Galbraith J. S., Cummings B., Jones P., Harshbarger C. et al. (2006). Adapting evidence-based behavioral interventions for new settings and target populations. *AIDS Education and Prevention*. 18(supp), 59-73.
- Meyers, D. C., Durlak, J. A. et Wandersman, A. (2012a). The quality implementation framework: A synthesis of critical steps in the implementation process. *American Journal of Community Psychology*, 50(3-4), 462-480.
- Meyers, D. C., Katz, J., Chien, V., Wandersman, A., Scaccia, J. P. et Wright, A. (2012b). Practical implementation science: Developing and piloting the quality implementation tool. *American journal of community psychology*, 50(3-4), 481-496.
- Mihalic, S. (2001). The importance of implementation fidelity. *Blueprints News*, 2(1), 1-2.
- Mihalic, S. F., Fagan, A. A. et Argamaso, S. (2008). Implementing the LifeSkills Training drug prevention program: factors related to implementation fidelity. *Implementation Science*, 3(5), 1-16.
- Mila-Schaaf, K. et Hudson, M. (2009). *Negotiating space for indigenous theorising in Pacific mental health and addictions*. LeVa.
- Ministère de l'Éducation du Québec (1998). *Un portrait statistique de l'évolution de la population scolaire autochtone du Québec*. Bulletin statistique de l'éducation no 7. Québec: Direction des statistiques et des études quantitatives. Document téléaccessible à l'adresse: <<http://www.education.gouv.qc.ca>>.
- Mishara, B. L. et Legault, A. (2000). L'abus de médicaments, d'alcool et de drogues. *Psychologie clinique de la personne âgée*. Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, 175-196.
- Moodie, S. (2010). Power, rights, respect and data ownership in academic research with indigenous peoples. *Environmental Research*, 110, 818-820.
- Moran, J. R. et Reaman, J. A. (2002). Critical issues for substance abuse prevention targeting American Indian youth. *Journal of Primary Prevention*, 22(3), 201-233.
- Nielsen, S. (1995). *An ecological assessment of the school-based substance abuse psychological services for native american youth*. Thèse de doctorat en éducation, Northern Arizona University, États-Unis.

- Novins, D. K., Aarons, G. A., Conti, S. G., Dahlke, D., Daw, R., Fickenscher, A., Fleming, C., Love, C., Masis, K. et Spicer, P. (2011). Use of the evidence base in substance abuse treatment programs for American Indians and Alaska natives: pursuing quality in the crucible of practice and policy. *Implementation Science*, 6(1), 63.
- OPPQ (2008). *Guide d'évaluation psychoéducative*. Montréal: OPPQ.
- OPPQ (2010). *Profil des compétences générales des psychoéducateurs*. Montréal: OPPQ.
- Okamoto, S. K., Helm, S., McClain, L. L. et Dinson, A. L. (2012). The development of videos in culturally grounded drug prevention for rural Native Hawaiian youth. *The journal of primary prevention*, 33(5-6), 259-269.
- Okamoto, S. K., Helm, S., Pel, S., McClain, L. L., Hill, A. P. et Hayashida, J. K. (2014). Developing empirically based, culturally grounded drug prevention interventions for indigenous youth populations. *The journal of behavioral health services & research*, 41(1), 8-19.
- Organisation Nationale de la Santé Autochtone, ONSA (2005). *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) de 2002-2003: Résultats sur les adultes, les jeunes et les enfants vivant dans des communautés des Premières Nations*. Ottawa, Canada : Assemblée des Premières Nations.
- Paglia, A. et Room, R. (1999). Preventing substance use problems among youth: A literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention*, 20(1), 3-50.
- Patton, M. Q. (2008). *Utilization-focused evaluation* (4^e éd.). Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Payne, A. A. et Eckert, R. (2010). The relative importance of provider, program, school, and community predictors of the implementation quality of school-based prevention programs. *Prevention Science*, 11(2), 126-141.
- Petrie, J., Bunn, F. et Byrne, G. (2007). Parenting programs for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children: a systematic review. *Health Education Research*, 22, 177-191.
- Pewewardy, C. (2002). Learning styles of American Indian/Alaska Native students: A review of the literature and implications for practice. *Journal of American Indian Education*, 41(3), 22-56.
- Pineault, R. et Daveluy, C. (1986). *La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies*. Montréal: Éditions nouvelles.

- Pronovost, J., Plourde, C., Alain, M., Eveno, S. et Laperrière, J. (2009). *Le point de vue d'adolescents Atikamekw sur les problèmes psychosociaux qui touchent les jeunes de leur communauté*. Trois-Rivières: Université du Québec à Trois-Rivières.
- Raghupathy, S. et Forth, A. L. G. (2012). The HAWK2 program: A computer-based drug prevention intervention for Native American youth. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 38(5), 461-467.
- Red Horse, J. G., Lewis, R., Feit, M. et Decker, J. (1978). Family behavior of urban American Indians. *Social Casework*.
- Renaud, L., O'Loughlin, J. et Dery, V. (2003). The St-Louis du Parc Heart Health Project: a critical analysis of the reverse effects on smoking. *Tobacco Control*, 12(3), 302-309.
- Resnikow, K., Soler, R., Braithwait, R. L., Ahluwalia, J. S. et Butler, J. (2000). Cultural sensitivity in substance abuse prevention. *Journal of Community Psychology*, 28(3), 271– 290.
- Richards, J. et Mousseau, A. (2012). Community-based participatory research to improve preconception health among Northern Plains American Indian adolescent women. *American Indian and Alaska native mental health research*, 19(1), 154.
- Richard, D., Senon, J. L. et Valleur, M. (2004). *Dictionnaire des drogues et des dépendances*. Larousse: Collection In extenso.
- Ringwalt, C. et Bliss, K. (2006). The cultural tailoring of a substance use prevention curriculum for american indian youth (english). *Journal of Drug Education*, 36(2), 159-177.
- Ringwalt, C. L., Ennett, S., Johnson, R., Rohrbach, L. A., Simons-Rudolph, A., Vincus, A. et Thorne, J. (2003). Factors associated with fidelity to substance use prevention curriculum guides in the nation's middle schools. *Health Education & Behavior*, 30(3), 375-391.
- Roberge, M. C., Choinière, C. et Laverdure, J. (2009). *Analyse des interventions de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire québécois: cohérence avec les meilleures pratiques selon l'approche École en santé*. Direction développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique Québec.
- Rohrbach, L. A., Dent, C. W., Skara, S., Sun, P. et Sussman, S. (2007). Fidelity of implementation in Project Towards No Drug Abuse (TND): A comparison of classroom teachers and program specialists. *Prevention Science*, 8(2), 125-132.

- Rohrbach, L. A., D'Onofrio, C. N., Backer, T. E. et Montgomery, S. B. (1996). Diffusion of school-based substance abuse prevention programs. *American Behavioral Scientist*, 39(7), 919-934.
- Rohrbach, L.A., English, J., Hansen, W.B. et Johnson, C.A. (2000). Development and pilot testing of project SMART. *Handbook of program development for health behavior research and practice*, 425-446.
- Rohrbach, L.A., Graham, J. W. et Hansen, W. B. (1993). Diffusion of a School-Based Substance Abuse Prevention Program: Predictors of Program Implementation. *Preventive Medicine*, 22, 237-260.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W. et Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A systematic approach (7^e édition)*. Thousand Oaks, NJ: Sage Publications.
- Rowan, M., Poole, N., Shea, B., Gone, J. P., Mykota, D., Farag, M., ... Dell, C. (2014). Cultural interventions to treat addictions in Indigenous populations: Findings from a scoping study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 9(1), 34.
- Rowan, M., Poole, N., Shea, B., Mykota, D., Farag, M., Hopkins, C., ... Dell, C. A. (2015). A scoping study of cultural interventions to treat addictions in Indigenous populations: methods, strategies and insights from a Two-Eyed Seeing approach. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 10(1), 1.
- Roy, N. (2006). Profil de l'élève innu. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.tshakapesh.ca/fr/recherche-et-developpement_52/>.
- Roy, N. (2007). Un psychoéducateur averti en vaut deux ! : Intervenir en milieu scolaire autochtone Innu. *Magazine en pratique. Exercice professionnel de la psychoéducation*, 7, 15-18.
- Sanders, M. R. et Turner, K. M. T. (2005). Reflections on the challenges of effective dissemination of behavioral family intervention: Our experience with the Triple P- Positive Parenting Program. *Child and Adolescent Mental Health*, 10(4), 158-169.
- Santé Canada. (2000). *Les drogues : Faits et méfaits*. Gouvernement du Canada : Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux.

- Santé Canada. (2001). *Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes. Un compendium des meilleures pratiques*. Ottawa: Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- Schacht, R. M. (1991). Alcohol and Substance Abuse Prevention Curriculum Project. An assessment of the effectiveness of the implementation of the Beauty Way Curriculum and of the curriculum itself. Technical Report on Evaluation Data. Northern Arizona University, Institute for Human Development.
- Segal, B. M. et Stewart, J. C. (1996). Substance use and abuse in adolescent: An overview. *Child Psychiatry and Human Development*, 26, 193-210.
- Selvey, C. A. (1997). Integrating peer counseling and adult mentoring programs into reservation school environments: an ecological psychology approach. Thèse de doctorat en éducation, Northern Arizona University, États-Unis.
- Skaff, M. M., Chesla, C. A., Mycude, V. et Fisher, L. (2002). Lessons in cultural competence: Adapting research methodology for Latino participants. *Journal of Community Psychology*, 30(3), 305-323.
- Skiba, D., Monroe, J. et Wodarski, J. S. (2004). Adolescent substance use: Reviewing the effectiveness of prevention strategies. *Social Work*, 49(3), 343-353.
- Sohn, A. L. (2000). The evaluation of a comprehensive substance use prevention and reduction program implemented in an alternative high school setting. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 61(4-A), p. 1296.
- Springer, J. F., Sale, E., Hermann, J., Sambrano, S., Kasim, R. et Nistler, M. (2004). Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high-risk youth. *The Journal of Primary Prevention*, 25(2), 171-194.
- Springer, J. F., Sale, E., Kasim, R., Winter, W., Sambrano, S. et Chipungu, S. (2005). Effectiveness of culturally specific approaches to substance abuse prevention: Findings from CSAP's national cross-site evaluation of high risk youth programs. *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work*, 13(3), 1-23.
- Suarez-Balcazar, Y., Balcazar, F. F., Quiros, M., Chavez, M. et Quiros, O. (1995). A case study of international cooperation for community development and primary prevention in Costa Rica. *Prevention in Human Services*, 12(1), 3-23.
- Statistique Canada (2011). *Le niveau de scolarité des peuples autochtones au Canada*. Enquête nationale auprès des ménages.

- Sung, M., Erkanli, A., Angold, A. et Costello, J. (2004). Effects of age at first substance use and psychiatry comorbidity on the development of substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 75(3), 287-299.
- Tobler, N. S., Roons, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A.V. et Stackpole, K.M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *The Journal of Primary Prevention*. 20 (4), p. 275-336.
- Tobler, N. S. et Stratton, H. H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 18(1), 71-128.
- Unger, J. B., Soto, C. et Thomas, N. (2008). Translation of health programs for american indians in the united states. *Evaluation & the Health Professions*, 31(2), 124-144.
- Vitaro, F. et Carbonneau, R. (2000). La prévention de la consommation abusive ou précoce de substances psychotropes chez les jeunes. In F. Vitaro et C. Gagnon (dir.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome II - Les problèmes externalisés* (p.335-378). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Vitaro, F., Carbonneau, R., Gosselin, C., Tremblay R.E., & Zoccolillo, M. (2000). L'approche développementale et les problèmes de consommation chez les jeunes: prévalence, facteurs de prédiction, prévention et dépistage. In P. Brisson. *L'usage des drogues et la toxicomanie, vol III*. (279-312). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Vitaro, F., Normand, C. L. et Charlebois, P. (1999). Jeunes et prévention de la toxicomanie: quand les parents s'impliquent. Québec: Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Ministère de la Santé et des Services sociaux. 17 p.
- Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L., ... Saul, J. (2008). Bridging the gap between prevention research and practice: The interactive systems framework for dissemination and implementation. *American journal of community psychology*, 41(3-4), 171-181.
- Weinberg, N. Z., Rahdert, E., Colliver, J. D. et Glantz, M. D. (1998). Adolescent substance abuse: A review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 252-261.
- Werch, C. E. et Owen, D. M. (2002). Iatrogenic Effects of Alcohol and Drug Prevention Programs. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 581-590.
- Werner, A. (2004). A Guide to Implementation Research, Washington, The Urban Institute Press.

- Whitbeck, L. B. (2006). Some guiding assumptions and a theoretical model for developing culturally specific preventions with Native American people. *Journal of Community Psychology*, 34(2), 183-192.
- Whitbeck, L. B., Walls, M. L. et Welch, M. L. (2012). Substance abuse prevention in American Indian and Alaska Native communities. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 38(5), 428-435.
- Whitesell, N. R., Beals, J., Crow, C. B., Mitchell, C. M. et Novins, D. K. (2012). Epidemiology and etiology of substance use among american indians and alaska natives: Risk, protection, and implications for prevention. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38(5), 376-382.
- Wingood, G. M., et DiClemente, R. J. (2008). The ADAPT-ITT model: a novel method of adapting evidence-based HIV Interventions. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 47, S40-S46.
- Zapert, K., Snow, D. L. et Kraemer Tebes, J. (2002). Patterns of substance use in early through late adolescence. *American Journal of Community Psychology*, 30, 835-85.
- Zoccolillo, M., Vitaro, F. et Tremblay, R. E. (1999). Problem drug and alcohol use in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 900-907.

ANNEXE A

CARTE DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC



ANNEXE B

LES DEUX VOLETS DU PROGRAMME DE PRÉVENTION *SYSTÈME D*

Le *volet enfant* comporte quatre ateliers animés en groupe-classe. L'atelier 1 porte sur les influences (60 minutes). Il vise à aider les jeunes à prendre conscience des sources d'influence et des pressions présentes dans leur vie quotidienne. L'atelier 2 porte sur la consommation et les médias (120 minutes). Il permet aux jeunes de développer une distance critique face à la publicité et aux différents produits de consommation, distance qu'ils pourront ensuite appliquer lorsqu'il sera question de produits pouvant causer une dépendance (alcool, tabac, jeux de hasard et d'argent). Cet atelier permet une réflexion sur le rôle et l'influence de la publicité en tant que source de pression dans les prises de décision quotidiennes. Enfin, cet atelier est divisé en deux en terme d'animation, 60 minutes étant assurées par l'animateur habituel, les autres 60 minutes par l'enseignant du groupe-classe. L'atelier 3 aborde la gestion du stress (60 minutes). Il amène les jeunes à identifier des situations stressantes et des moyens de gérer leur stress face à des situations qui les affectent. Enfin, l'atelier 4 concerne l'affirmation de soi et la résolution de problèmes (60 minutes). Il vise à ce que les jeunes développent la capacité à s'affirmer face à des pressions négatives qu'ils peuvent subir. Il permet également aux enfants d'exercer davantage de pouvoir sur leur vie en diversifiant leurs stratégies, afin de mieux gérer des situations de la vie quotidienne. En outre, un projet de réinvestissement des apprentissages (PRA) est actualisé tout au long de l'implantation de *Système d*. Le PRA permet aux jeunes, à travers une création collective ou individuelle, d'approfondir leurs acquis en lien avec le contenu abordé dans les ateliers du programme. Il vise à ce que les jeunes vivent une expérience positive ayant pour effet de démystifier et de calmer leurs craintes relativement au passage du primaire au secondaire. Il est à noter que les parents et les membres de la communauté sont conviés à la présentation du PRA à la fin du programme. Les ateliers du programme ont lieu aux deux semaines. La durée totale du programme (ateliers et PRA) s'échelonne sur cinq mois de l'année scolaire.

Concernant le *volet parent*, le programme prévoit l'envoi de quatre communiqués aux parents (un après chaque atelier), par le biais des jeunes participants. Le titre de chacun de ces communiqués va comme suit (1) *Info en bref* (par rapport au programme, objectifs), (2) *Capsule parent* (sur le développement des jeunes et l'encadrement parental), (3) *Tête-à-tête* (pour favoriser l'échange parent-enfant sur les thèmes abordés), et (4) *Pour en savoir plus...* (ressources disponibles en lien avec les dépendances). En résumé, ces communiqués visent à informer les parents sur les activités de *Système d*, les autres sources d'informations au sujet des thèmes abordés, les ressources disponibles, les mesures à mettre en place à la maison pour créer un environnement favorable à l'adoption de saines habitudes de vie ainsi que les pratiques d'encadrement efficaces. Ces communiqués incitent également les parents à dialoguer avec leur enfant sur les activités de *Système d*.

ANNEXE C

LE MODÈLE EN NEUF ÉTAPES DE KUMPFER ET AL. (2008)

La première étape consiste à *recueillir les besoins de la population ciblée*. Cette étape est réalisée à partir de données étiologiques existantes ou, en cas d'absence de ces données, d'une enquête réalisée avant l'adaptation du programme. Cette étape permet d'identifier les besoins de la population ciblée et de sélectionner le meilleur programme à adapter.

La seconde étape consiste à *choisir le programme à adapter*. Plusieurs facteurs relatifs à la population ciblée doivent être considérés afin de choisir le programme: l'âge, l'ethnie, le langage, la durée et la nature du programme (universel, sélectif), les coûts, les ressources humaines exigées. Deux stratégies peuvent être utilisées en lien avec les besoins identifiés. La première stratégie consiste à choisir le programme reconnu comme le plus probant. La seconde stratégie suggère de sélectionner le programme en fonction de la faisabilité de son implantation dans le milieu donné (durée, nombre d'animateurs disponible, coûts). Cette seconde option suggère tout de même de tenir compte de la qualité du programme (prometteur, probant), mais insiste davantage sur la faisabilité de son implantation.

La troisième étape consiste à *mettre en place le matériel initial du programme*. Cette étape suggère, dans un premier temps, d'implanter le programme tel que développé initialement, exception faite de quelques modifications mineures visant une meilleure compréhension de la part de la population ciblée. Cette étape permet de voir ce qui fonctionne et ce qui fonctionne moins bien auprès de cette population. À cette étape, il est recommandé de consulter de manière continue les partenaires du milieu, dans le but d'améliorer le programme.

La quatrième étape consiste à *sélectionner, former et superviser les animateurs* afin d'assurer la qualité d'implantation du programme.

La cinquième étape consiste à *planter le programme initial ou légèrement adapté* avec fidélité. À cette étape, il est suggéré d'utiliser différentes évaluations qui permettront de rendre compte de la fidélité d'implantation: journaux de bord, listes à cocher, supervisions. Cette étape d'implantation permet d'identifier les éléments qui posent problème quant à la structure du programme.

La sixième étape consiste à *documenter l'adaptation du programme à l'aide d'un groupe-pilote*. Le processus d'adaptation est alors continu et il est recommandé de consulter des gens significatifs dans la population ciblée (participants, parents, leader) tout au long de l'implantation. Il est alors suggéré de documenter hebdomadairement les éléments du programme qui fonctionnent et ceux qui fonctionnent moins bien.

La septième étape du modèle consiste à *réviser le matériel du programme*. Ceci permet d'améliorer l'engagement des participants par rapport à celui-ci. Au fur et à mesure de l'implantation et des consultations, le matériel peut être adapté ou proposé pour la prochaine implantation. Différents choix d'activités peuvent alors être offerts aux décideurs, afin que l'adaptation reflète réellement la culture.

La huitième étape consiste à *évaluer l'impact du programme*. Cette étape permet d'établir si le programme produit les effets escomptés chez la population ciblée. Or, les méthodes utilisées pour évaluer l'efficacité du programme doivent tenir compte des besoins et de la réalité culturelle.

Finalement, la neuvième étape consiste à *diffuser les résultats obtenus*, afin de rendre compte des conclusions et d'augmenter les connaissances quant à l'adaptation culturelle de programme.

ANNEXE D

LE MODÈLE D'ACTION DE CHEN (2015)

Le protocole de mise en place des services et des interventions permet d'expliciter les protocoles devant être mis en place par le programme. Il comprend l'organisation générale du programme, la description détaillée des activités offertes et les méthodes d'intervention privilégiées. Ces informations sont idéalement transmises par le biais d'un manuel d'implantation.

Les milieux d'implantation peuvent être variés, tels que les centres de santé et de services sociaux, les milieux scolaires, les centres communautaires, les lieux publics et les maisons privées. L'implantation d'un programme d'intervention dépend de l'organisation qui met en place le programme. Cette composante du modèle comprend la capacité du milieu à offrir l'expertise culturelle et technique ainsi que les ressources nécessaires pour implanter le programme, qu'elles soient humaines, monétaires ou matérielles. Les milieux d'implantation doivent être en mesure de coordonner les activités du programme, de recruter les participants au programme, ainsi que d'entraîner et de superviser les personnes mandatées pour l'implantation.

La composante *des personnes qui implantent le programme*, soit celles qui offrent les services, concerne plus particulièrement les compétences techniques de ces personnes, leur implication dans le programme ainsi que leurs qualifications. D'autres éléments tels que le recrutement des personnes qui implantent, leur entraînement au programme, leurs habiletés d'animation, ainsi que leur engagement au programme sont à considérer. La formation occupe un rôle très important pour Chen (2015) dans la qualité de l'implantation.

Les partenaires de l'organisation et de la communauté incluent les membres de la communauté et les professionnels contribuant à l'implantation du programme.

Il est possible de distinguer ces partenaires en fonction de leurs liens avec le programme implanté. La contribution de certains peut être directe ou indirecte. Le lien et le rôle d'un partenaire avec le programme implanté peuvent être de différentes natures: matérielle, logistique, participative.

Le contexte écologique représente l'environnement qui interagit directement ou indirectement avec le programme implanté. Le contexte communautaire (enjeux culturels, socio-économiques, politiques) peut influencer l'implantation d'un programme de prévention en milieu scolaire. Certains programmes ont besoin de plus de soutien de l'environnement pour être fidèlement implantés. Les éléments écologiques du micro-contexte (parents, amis, jeunes ciblés par le programme) et du macro-contexte (soutien communautaire, leaders, institutions locales) peuvent être importants à considérer dans l'implantation. Le contexte écologique représente, dans l'environnement de la population ciblée, tout ce qui peut favoriser ou non leur participation.

La population ciblée concerne le groupe de participants que le programme cible. Cette composante comporte les critères d'inclusion permettant de bien rejoindre la clientèle visée par le programme. Trois éléments peuvent être considérés relativement à la population ciblée, c'est-à-dire: (1) les critères de recrutement (inclusion et exclusion) de la population ciblée, (2) la possibilité de la rejoindre et de lui offrir le programme et (3) la volonté de cette population à participer et à s'engager dans le programme.

ANNEXE E

DIRECTIVES DE PUBLICATION ET PREUVE DE SOUMISSION À LA REVUE THE CANADIAN JOURNAL OF NATIVE STUDIES

General Information

The Canadian Journal of Native Studies is a highly recognized journal in the field of Native Studies. It began as a publication of the Society for the Advancement of Native Studies which is no longer in operation and whose founder; Sam Corrigan; was the Chief Editor from 1981-2008. It comes out on a bi-annual basis, and publishes original research which is refereed by peer review.

As a general focus, the journal publishes anthropological, historical, sociological, political, legal, educational and cultural issues affecting First Nations people. Although the majority of articles deal with Indigenous peoples in Canada, it also publishes articles dealing with Indigenous peoples world-wide.

A good measure of the journal's influence is the vast number of sources which index the title. These include: America: History and Life, Anthropological Index, Bibliography of Natives of North America; CPIQ: Canadian Periodical Index, Indigenous Studies Portal, First Nations Periodical Index, Historical Abstracts, and MLA International Bibliography.

The online edition of this journal has been made available by Brandon University and the John E. Robbins Library at Brandon University. The aim of the project is to mount all back issues of the journal, two years after the volume has been published, and make them available for free. Phase I (volumes 1-16) of the digitization of content was funded in part by the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada, Manitoba Education and Training's CareerStart program, and Brandon University. Phase II of the Digitization (volumes 17-25) was provided by the Indigenous Studies Portal at the University of Saskatchewan - who has agreed to partner with the Journal for the continued digitization of content two years after publication. Current provision of online files is being made available via the Faculty of Arts at Brandon University.

Information for Contributors

The Canadian Journal of Native Studies is an international refereed periodical in the discipline of Native Studies published twice annually in Brandon, Manitoba, Canada. CJNS publishes articles and reviews concerning Aboriginal People and Aboriginal affairs in Canada, the USA, and other countries of the world. All submissions to this journal, except critical reviews, are independently and anonymously reviewed by peers prior to acceptance for publication.

Articles and reviews may be submitted either in English or French. Manuscripts must be submitted together with an abstract not exceeding 100 words. We also require the use of either the 2009 MLA Handbook for Writers of Research Papers or the Publication Manual of the American Psychological Association (APA). Authors are invited to query the editors in advance, although unsolicited manuscripts are welcome. The following guidelines are offered in advance:

1. All submitted materials must be typed and double-spaced.
2. Ensure that printed material is of letter quality.
3. Use standard font/type (i.e. Helvetica, Courier, Times, Prestige).
4. Avoid alternating the size of the font throughout the material.
5. Use embedded endnotes, not footnotes.

If you are interested in submitting your article to the journal, you can either do so by mail or e-mail. If you are submitting it electronically, send it to Dr. Lorraine Mayer at: CJNS@Brandonu.CA. If you wish to submit it via the traditional postal system, it can be mailed to:

Dr. Lorraine Mayer, Editor of the Canadian Journal of Native Studies

Department of Native Studies

Brandon University

Brandon, MB

Canada, R7A 6A9

Ph: (204) 727-9713

E-mail: CJNS@brandonu.ca

Preuve de soumission

Objet **Article submission**

De Julie Christine Cotton <Julie.Christine.Cotton@USherbrooke.ca>

À <C.NS@brandonu.ca>

Cc Laventure, Myriam <myriamlaventure@gmail.com>, Jacques Joly
<Jacques.Joly@USherbrooke.ca>

Cci <Marie-Christine.Fortin@uqtr.ca>

Date 2016-03-03 11:03



- The Canadian Journal of Native Studies_manuscript.docx (94 ko)

Dear Dr. Mayer,

We would like to submit an article titled *Factors facilitating and impeding implementation of a prevention program in an Innu elementary school in Quebec* for publication in *The Canadian Journal of Native Studies*.

The article reports the findings of the first author's doctoral research. These findings have never been published in a journal.

All of the co-authors have agreed to submit the manuscript to *The Canadian Journal of Native Studies*.

Thank you in advance for your consideration.

Sincerely,

Julie-Christine Cotton

--

Julie-Christine Cotton, ps.éd., c.Ph.D.

Superviseure de stage
Chargée de cours
Département de psychoéducation
Université de Sherbrooke
Tel : (819) 821-8000, poste 62463
Courriel : Julie.Christine.Cotton@USherbrooke.ca

ANNEXE F

DIRECTIVES DE PUBLICATION ET CONFIRMATION DE SOUMISSION À LA REVUE DROGUES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ



Directives aux auteurs

Chaque texte soumis pour publication à Drogues, santé et société doit répondre aux exigences suivantes :

ÉLÉMENTS D'IDENTIFICATION

- Titre (maximum de 12 mots);
- Titre abrégé pour l'édition papier (maximum de 60 caractères, espaces inclus);
- Nom de l'auteur ou des auteurs;
- Titre d'emploi, grades universitaires et affiliation pour chacun des auteurs ;
- Coordonnées (adresse de correspondance, téléphone et courriel) du premier auteur seulement;
- Résumé français (maximum de 300 mots);
- Résumé anglais;
- Mots-clés en français et en anglais (maximum de six).

RÉSUMÉ

L'article doit être accompagné d'un résumé concis dont le contenu s'en tient aux faits (250-300 mots). Dans le cas d'une recherche empirique, il doit énoncer les objectifs de l'étude, sa structure, l'approche et la méthode retenues, les participants à la recherche, les résultats et la conclusion.

Lorsqu'il s'agit d'autres types d'articles, comme les articles de réflexion théoriques et de transfert des connaissances ou les analyses de politiques, la structure du résumé peut être différente.

Le résumé doit avoir du sens en lui-même et les auteurs doivent le présenter à part. Il est déconseillé d'y inclure des références, mais dans le cas où cela s'impose, la référence doit être complète et ne doit pas renvoyer le lecteur à la liste des ouvrages cités ou à la bibliographie. Les auteurs sont également invités à joindre une version anglaise de ce résumé.

CORPS DU TEXTE

- Texte à double interligne d'au plus 6 250 mots, excluant la bibliographie, de même que les tableaux et figures
- Police Arial, 12 points

HIÉRARCHIE DES TITRES

Bien qu'il existe plusieurs procédés typographiques pour bien hiérarchiser l'information, Drogues, santé et société préconise l'utilisation de titres et de sous-titres mis en relief soit par des majuscules, petites majuscules, minuscules, caractères gras ou taille des caractères. Le mode de présentation par numérotation n'est pas accepté.

Pour quelques exemples de modèles de présentation d'article, cliquer ici : [Houle & Raymond \(2008\)](#), [Légaré \(2008\)](#) et [Lévy & Thøer \(2008\)](#).

RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIES

Les références doivent être incluses au texte et présentées entre parenthèses. Par ex. :

(Perreault, 2003), pour un auteur seul

(Landry & Guyon, 2004), pour deux auteurs

(Landry, Guyon & Brochu, 2001), pour trois à cinq auteurs

(Ricaurte et al., 2002), pour six auteurs et plus

Lorsque plusieurs sources sont citées simultanément dans un article, il est préférable de les placer en ordre alphabétique du premier auteur. Par ex. :

(Ciarrocchi, 2002; McCrady et al., 2002; Tremblay, Bertrand & Ménard, 2005).

La bibliographie soumise doit être conforme aux normes suivantes s'inspirant de l'APA, 6^e édition.

Pour une monographie :

Nom, A. (Année). *Titre de la monographie*. Ville, Province ou État (code à deux lettres), ou le pays pour les villes situées à ailleurs dans le monde : Maison d'édition.

Nom, A., Nom, B., & Nom, C. (Année). *Titre de la monographie*. Ville, Province, État ou pays : Maison d'édition.

Par ex. :

- Giordano, Y. (2003). *Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative*. Paris, France : Éditions Management et Sociétés.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing, preparing people to change addictive behavior*. New York (NY) : Guilford Press.

Pour un article :

Nom, A. (Année). Titre de l'article. *Titre de la revue, Volume(numéro), XX-XX*.

Par ex. :

- Plourde, C., Brunelle, N., & Landry, M. (2010). Faire face à l'usage de substances psychoactives au Nunavik : amalgame de traditions et pratiques modernes. *Drogues, santé et société*, 9(1), 77-120.
- Madson, M. B., Loignon, A. C., & Lane, C. (2009). Training in motivational interviewing: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(1), 101-109.

Pour une thèse ou un mémoire

Nom, A. (Année). *Titre du document* (Thèse ou Mémoire selon le cas, information sur le grade), Nom de l'établissement d'enseignement.

Par ex. :

- Morin, A. (2008). *Intégration sociale et problèmes sociaux chez les Inuits du Nunavut* (Thèse de doctorat inédite), Université Laval.

Avec un lien Internet :

- Morin, A. (2008). *Intégration sociale et problèmes sociaux chez les Inuits du Nunavut* (Thèse de doctorat inédite), Université Laval. Repéré à <http://www.chaireconditionautochtone.fss.ulaval.ca/documents/pdf/These-Alexandre-Morin-2008.pdf>

Pour un chapitre dans un ouvrage collectif

Nom, A. (Année). Titre du chapitre. Dans A. Nom & B. Nom (dir.), *Titre de l'ouvrage* (p. début du chapitre-fin du chapitre). Lieu de publication : Maison d'édition.

Par ex. :

- Martin, I., Gupta, R., & Derevenski, J. (2007). Participation aux jeux de hasard et d'argent. Dans G. Dubé (dir.), *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire* (p. 125-144). Québec, Québec : Institut de la statistique du Québec.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, octobre 2012

Pour un document électronique

Nom de l'organisation ou auteur. (Année). *Titre du document* [Type de document s'il y a lieu].
Repéré à <http://URL>.

Par ex. :

- Pauktuutit Inuit Women's Association. (2004). *Inuit healing in contemporary inuit society*.
Repéré à http://www.pauktuutit.ca/pdf/publications/abuse/AHFNuluaqInuitHealing_e.pdf.

Pour une publication gouvernementale

Nom de l'organisme ou du ministère (Année). *Titre : sous-titre* (Publication no xxx [s'il y a lieu]).
Lieu de publication : Éditeur.

Par ex. :

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Québec, Québec : Gouvernement du Québec.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2009). *Principles of drug addiction treatment : A research-based guide*. Second edition (NIH Publication No. 09-4180). Bethesda, Maryland : National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.

Avec un lien Internet :

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à
http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1992/92_713.pdf

Pour une communication entendue lors d'un congrès ou d'une conférence

Auteur, A. (Année, mois). *Titre de la communication*. Communication présentée au [à la] Nom du congrès ou de la conférence, Lieu.

Par ex. :

- Potenza, M. N. (2008, novembre). *Co-occurring disorders un PG: Treatment implications*. Communication présentée au 9th annual NCRG Conference on Gambling and Addiction, Mandalay Bay Hotel and Casino Resort, Las Vegas.

À ne pas oublier :

- Est-ce que toutes les références citées dans l'article se retrouvent dans la bibliographie?
- Est-ce que les dates sont exactes?
- Est-ce que la bibliographie présente les noms d'auteurs par ordre alphabétique?
- Est-ce que les notices bibliographiques sont complètes? Incluant s'il y a lieu le volume et le numéro du périodique.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, octobre 2012

Pour plus d'information au sujet de ce modèle francisé de présentation de références selon les normes de l'American Psychological Association (APA), les auteurs peuvent se référer au document Citer selon les normes de l'APA, préparé par les bibliothécaires de l'Université de Montréal : <http://guides.bib.umontreal.ca/disciplines/20-Citer-selon-les-normes>

Pour les utilisateurs du logiciel bibliographique EndNote, l'Université de Montréal rend également disponible un fichier de style APA modifié (<http://www.bib.umontreal.ca/LGB/EndNote/styles-bibliographiques.htm>) conforme aux adaptations proposées dans son guide. Il est à noter que le fichier de style francisé pour EndNote est accessible gratuitement, mais que le logiciel EndNote en tant que tel doit être acheté, sauf pour les personnes affiliées à un établissement possédant une licence institutionnelle.

GRAPHIQUES ET FIGURES

Pour des questions de qualité d'image et d'impression, les auteurs sont invités à envoyer leurs graphiques et figures qui proviennent d'une autre source dans un fichier séparé de haute résolution (300 dpi). Il est à noter qu'il est préférable de ne pas utiliser de couleurs, mais une gradation de noir et de gris.

Confirmation d'acceptation sous condition de modifications

Objet **RE: Soumission d'un article pour la Revue Drogues santé et société**



De Fallu Jean- Sébastien <jean-sebastien.fallu@umontreal.ca>
 À Julie Christine Cotton <Julie.Christine.Cotton@usherbrooke.ca>
 Cc Laventure, Myriam <myriamlaventure@gmail.com> , Jacques Joly
 <jacques.joly@usherbrooke.ca>
 Date 2016- 03- 07 07:51

- Réponse adapt prog prévention dépendances.doc (71 ko)
- Analyse_Adaptation programme prévention des dépendances_E1.doc (80 ko)
- Analyse_Adaptation programme prévention des dépendances_E2.doc (52 ko)
- Reverse effect Renaud.pdf (598 ko)



Chère collègue,

Nous sommes ravis de vous informer que votre article soumis à *Drogues, santé et société* a été retenu pour publication, à condition que certaines corrections y soient apportées. Vous trouverez ci-joints la lettre de réponse officielle, les commentaires émis par les deux évaluateurs et un article suggéré par un des deux évaluateurs.

N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions concernant les suites à donner.

Bien à vous,

Jean-Sébastien Fallu

Jean Sébastien Fallu, Ph.D.

Directeur de la revue *Drogues, santé et société*

Professeur agrégé

École de psychoéducation

Université de Montréal

C.P. 6128, succ. Centre-Ville

Montréal (Québec) H3C 3J7

514-343-6111, poste 1462

jean-sebastien.fallu@umontreal.ca

<http://www.drogues-sante-societe.org>

De : Fallu Jean-Sébastien

Envoyé : 18 novembre 2015 20:36

À : 'Julie Christine Cotton'

Cc : 'Laventure, Myriam'; 'Jacques Joly'

Objet : RE: Soumission d'un article pour la Revue Drogues santé et société

ANNEXE G

ATTESTATION DE CONFORMITÉ ÉTHIQUE



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Comité d'éthique de la recherche
Éducation et sciences sociales

Attestation de conformité

Le comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke certifie avoir examiné la proposition de recherche suivante :

Évaluation d'implantation du programme de prévention Système d dans 4 écoles primaires de communautés innues du Québec

Myriam Laventure

Professeure, Département de psychoéducation, Faculté d'éducation

Projet financé par le CRSH (institutionnel)

Le comité estime que la recherche proposée est conforme aux principes éthiques énoncés dans la *Politique institutionnelle en matière d'éthique de la recherche avec les êtres humains*.

Membres du comité

Eric Yergeau, président du comité, professeur à la Faculté d'éducation, Département d'orientation professionnelle

Chantale Beaucher, professeure à la Faculté d'éducation, Département de pédagogie

France Beaugard, professeure à la Faculté d'éducation, Département d'enseignement au préscolaire et primaire

Mélanie Lapalme, professeure à la Faculté d'éducation, Département de psychoéducation

Carlo Spallanzani, professeur à la Faculté d'éducation physique et sportive

Christina St-Onge, professeure à la Faculté de médecine et des sciences de la santé, Département de médecine

Serge Striganuk, professeur à la Faculté d'éducation, Département de gestion de l'éducation et de la formation

Vincent Beaucher, membre versé en éthique

France Dupuis, membre représentante du public

Le présent certificat est valide pour la durée de la recherche, à condition que la personne responsable du projet fournisse au comité un rapport de suivi annuel, faute de quoi le certificat peut être révoqué.

Le président du comité,

Eric Yergeau, 1er novembre 2011